

GRAÇA MARIA PEREIRA CARDOSO

AVALIAÇÃO DA EFECTIVIDADE DE UMA INTERVENÇÃO
EM PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO
NA DOENÇA CORONÁRIA AGUDA



DISSERTAÇÃO DE DOUTORAMENTO

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

2005

GRAÇA MARIA PEREIRA CARDOSO

AVALIAÇÃO DA EFECTIVIDADE DE UMA INTERVENÇÃO
EM PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO
NA DOENÇA CORONÁRIA AGUDA

DISSERTAÇÃO APRESENTADA COM VISTA À OBTENÇÃO
DO GRAU DE DOUTOR EM MEDICINA,
NA ÁREA DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Ao José Miguel

Ao Tiago, à Catarina e ao Miguel

Várias intervenções psiquiátricas e psicossociais têm demonstrado ser eficazes na redução da depressão e da ansiedade em indivíduos que sofreram um acidente coronário agudo. A possibilidade de modificarem a evolução da doença coronária e de reduzirem a mortalidade cardíaca continua, no entanto, por comprovar. Este estudo teve como principal objectivo avaliar a efectividade de uma intervenção de Psiquiatria de Ligação (PL) em doentes com cardiopatia isquémica aguda.

Métodos: um grupo inicial de 129 doentes consecutivos, internados por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) ou Angina Instável, numa unidade de cuidados intensivos foi avaliado com a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Os doentes que apresentaram uma pontuação ≥ 8 nas subescalas da Depressão ou da Ansiedade ($n=72$) foram aleatoriamente distribuídos por grupo de intervenção (GI) ($n=37$) e grupo de controlo (GC) ($n=35$). O GI foi sujeito a uma intervenção de PL, realizada durante o período hospitalar, que se iniciou nos primeiros dias de internamento e consistiu em pelo menos 3 sessões individuais (incluindo avaliação psiquiátrica, psicoterapia de suporte, intervenção psicoeducativa e medicação, quando necessário). A sessão pré-alta envolveu o cônjuge e abordou a modificação de comportamentos de risco, a adesão terapêutica e o regresso ao trabalho. O GC recebeu os cuidados habituais da unidade de internamento. Todos os doentes completaram uma entrevista inicial para avaliação do estado cognitivo (Mini Mental State Examination – MMSE), do ajustamento social (Social Problems Questionnaire – SPQ) e de aspectos sociodemográficos e clínicos. Os doentes foram reavaliados antes da alta, aos 45 dias, 3 e 6 meses com a HADS, o SPQ e ainda com o Nottingham Health Profile (NHP) para avaliação da qualidade de vida. No *follow-up* de 6 meses foi colhida informação sobre sobrevivência, número e duração de reinternamentos, número de dias de baixa e regresso ao trabalho.

Resultados: na amostra de 129 doentes avaliados no início do internamento, 20,9% apresentavam níveis de depressão ≥ 8 na subescala da Depressão (HADS), 53,5% níveis de ansiedade ≥ 8 na subescala da Ansiedade (HADS) e 9,3% perturbações cognitivas (MMSE). A avaliação longitudinal desta amostra mostrou que os níveis de depressão, inicialmente baixos, aumentaram nos 45 dias após o internamento, para depois diminuírem até ao final do *follow-up*. Os níveis de

ansiedade, que eram inicialmente altos, aumentaram nos 45 dias seguintes e mantiveram-se estáveis, mas altos, até ao fim do estudo.

O GI apresentou uma pontuação média na subescala da depressão significativamente inferior à do GC no *follow-up* de 6 meses ($5,8 \pm 4,1$ no GI *vs.* $7,9 \pm 4,3$ no GC, $p=0,04$). O número de doentes deprimidos foi significativamente menor no GI nas avaliações realizadas aos 3 meses (11 *vs.* 18 no GC, $p=0,04$) e aos 6 meses (12 *vs.* 18 no GC, $p=0,05$). O mesmo aconteceu com o número de doentes ansiosos aos 3 meses (15 no GI *vs.* 23 no GC, $p=0,01$). As dimensões do NHP “Isolamento social” aos 45 dias e “Reacção emocional” aos 45 dias e aos 3 meses, bem como a qualidade de vida geral (NHP 2ª parte) aos 3 meses, mostraram melhoria significativa no grupo de intervenção. Embora a intervenção tenha reduzido o nível médio da ansiedade nas várias avaliações após a alta, esta redução não atingiu significância estatística. A intervenção realizada não teve impacto na mortalidade ou nas variáveis relacionadas com a evolução da doença cardíaca no período do *follow-up*.

Conclusões: Os resultados do presente estudo mostram a alta prevalência de depressão e de ansiedade após um acidente coronário agudo e a manutenção de níveis altos de ansiedade nos 6 meses seguintes. Os resultados comprovam também a efectividade de uma intervenção em PL no tratamento da depressão e da ansiedade em doentes que sofreram um acidente coronário agudo. Estes resultados apontam para a necessidade de desenvolvimento de programas de PL para este tipo de doentes, tanto no hospital geral como nos cuidados de saúde primários. Sugerem ainda a necessidade de desenvolvimento de investigação que permita estabelecer o impacto específico dos diversos tipos de intervenção, assim como compreender os mecanismos subjacentes à associação da depressão e da ansiedade com a doença coronária.

ABSTRACT

Different types of psychiatric and psychosocial interventions have proven efficacy in decreasing anxiety and depression in coronary heart disease. There is, however, an ongoing discussion about the impact these interventions may have on the clinical outcome and on cardiac mortality. The main objective of the current study was to evaluate the effectiveness of a consultation liaison psychiatry (CL) intervention on a group of patients admitted with Myocardial Infarction or Unstable Angina, to a Coronary Care Unit.

Methods: The study had a prospective, randomised, controlled design, with a 6-month follow-up. One hundred and twenty-nine consecutive patients were assessed during the first 48 hours of admission with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Those with a score of ≥ 8 on the Depression or the Anxiety subscales ($n=72$) were randomly allocated to intervention ($n=37$) and usual care ($n=35$). The CL intervention, started during the first days of admission, had a minimum of 3 (60 minutes) sessions, and included a psychiatric evaluation, supportive psychotherapy, a psychoeducational intervention, when necessary, psychotropic drugs. The last session, shortly before discharge, included the spouse and was focused on compliance, modification of behavioral risk factors, and possible difficulties upon returning to work. Cognitive status (Mini-Mental State Examination - MMSE), social adjustment (Social Problems Questionnaire - SPQ), and demographic and clinical characteristics were also assessed at baseline. Patients were reassessed before discharge, and at 45 days, 3 and 6 months after admission with HADS, SPQ, and with Nottingham Health Profile (NHP) for quality of life. Survival, number of readmissions and days of readmission, number of sickleave days and return to work were assessed at six months.

Results: The initial sample of 129 patients, presented a 20.9% prevalence of depressive symptoms, 53.5% of anxiety symptoms, and 9.3% of cognitive disorders. The longitudinal evaluation of this sample showed that the initially low levels of depression were increased 45 days later, and slowly decreased afterwards till the 6-month follow-up. Initially high anxiety levels, somewhat decreased before discharge, had increased 45 days later, and stayed stable and high till the end of the study.

The intervention group showed a significantly lower depression mean score at 6 months (5.8 ± 4.1 vs. 7.9 ± 4.3 in the controls, $p=0.04$). The number of patients considered depressed was lower in the intervention group at 3 (11 vs. 18 controls, $p=0.04$) and 6 months (12 vs. 18 controls, $p=0.05$). The number of anxious patients was also lower in the intervention

group at 3 months (15 vs. 23 controls, $p=0.01$). The intervention significantly improved the emotional dimensions of quality of life (NHP-part I, Emotional Reaction at 45 days and 3 months, and Social Isolation at 45 days), and general quality of life (NHP-part II) at 3 months. Although the intervention group presented lower anxiety scores at 45 days, 3 and 6 months, this effect was not statistically significant. Finally, the intervention had no impact on the cardiac variables or on mortality assessed at 6 months.

Conclusions: The results of the study show the presence of a high prevalence of depressive and anxiety symptoms in a group of acute coronary patients, and the maintenance of high levels of anxiety during the following 6 months. The results also confirm the effectiveness of a CL intervention in the treatment of depression and anxiety, depression in particular, and improvement of the emotional aspects of quality of life. These results show the need for CL services development for coronary patients in the general hospital and in primary care. They also suggest the need for future research aimed at clarifying the specific impact of different interventions, and at understanding the mechanisms by which depression is associated with coronary heart disease.

ÍNDICE

RESUMO ABSTRACT	
INTRODUÇÃO	1
PARTE I	
1. O DESENVOLVIMENTO DA PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO	7
1.1. ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	8
1.2. EUROPA	12
1.2.1. ESTATUTO OFICIAL E FORMAÇÃO	12
1.2.2. ESTUDOS EUROPEUS	13
1.2.3. PORTUGAL	15
1.3. OUTROS PAÍSES	17
1.3.1. AUSTRÁLIA E NOVA ZELÂNDIA	17
1.3.2. JAPÃO	17
1.3.3. BRASIL	18
1.4. CONCLUSÕES	18
2. MORBILIDADE PSIQUIÁTRICA E DOENÇA SOMÁTICA	19
2.1. PREVALÊNCIA DA MORBILIDADE PSIQUIÁTRICA NA DOENÇA SOMÁTICA EM GERAL	19
2.1.1. PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS	19
2.1.2. PERTURBAÇÕES COGNITIVAS	22
2.1.3. ABUSO DE SUBSTÂNCIAS E OUTRAS PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS	23
2.2. PREVALÊNCIA DA MORBILIDADE PSIQUIÁTRICA NA DOENÇA CORONÁRIA	25
2.2.1. APÓS ACIDENTE CORONÁRIO AGUDO	25
2.2.2. EVOLUÇÃO DA MORBILIDADE PSIQUIÁTRICA NA DOENÇA CORONÁRIA	26
2.3. TIPOS DE ASSOCIAÇÃO ENTRE MORBILIDADE PSIQUIÁTRICA E DOENÇA SOMÁTICA	27
3. EFEITOS DA MORBILIDADE PSIQUIÁTRICA NA DOENÇA SOMÁTICA	31
3.1. EFEITOS NA MORBILIDADE GERAL E NA MORTALIDADE	31
3.2. EFEITOS NOS CUSTOS DE SAÚDE	32
3.2.1. CUSTOS DIRECTOS	32
3.2.2. CUSTOS INDIRECTOS	34
3.3. EFEITOS ESPECÍFICOS DA MORBILIDADE PSIQUIÁTRICA NA DOENÇA CORONÁRIA	36
3.3.1. NO DESENCADear DA DOENÇA CORONÁRIA	36
3.3.2. NA EVOLUÇÃO DA DOENÇA CORONÁRIA	38
4. AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS E DE PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO	
NO TRATAMENTO DE DOENÇAS SOMÁTICAS	43
4.1. INTERVENÇÕES NO HOSPITAL GERAL	44
4.2. INTERVENÇÕES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	46
4.3. INTERVENÇÕES NA DOENÇA CORONÁRIA	48
PARTE II	
1. OBJECTIVOS E MÉTODOS	61
1.1. OBJECTIVOS	61
1.2. HIPÓTESES	62
1.3. MÉTODOS	62

1.3.1. DESENHO DO ESTUDO	62
1.3.2. POPULAÇÃO	63
1.3.3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE	64
1.3.4. PROCEDIMENTOS	64
1.3.4.1. PRIMEIRA AVALIAÇÃO	64
1.3.4.2. AVALIAÇÃO ANTES DA ALTA	66
1.3.4.3. AVALIAÇÕES APÓS A ALTA	66
1.3.5. INSTRUMENTOS.....	67
1.3.6. INTERVENÇÃO.....	71
1.3.7. ANÁLISE ESTATÍSTICA	72
1.4. ASPECTOS ÉTICOS	74
2. RESULTADOS	75
2.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	75
2.1.1. AMOSTRA INICIAL	75
2.1.2. PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS E COGNITIVAS E AJUSTAMENTO SOCIAL	76
2.1.3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O GÉNERO	76
2.2. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA	
DO GRUPO DE INTERVENÇÃO E DE CONTROLO	79
2.3. AVALIAÇÕES DO GI E DO GC DURANTE O INTERNAMENTO	79
2.3.1. AVALIAÇÃO INICIAL	79
2.3.2. AVALIAÇÃO ANTES DA ALTA	82
2.3.3. TEMPO DE INTERNAMENTO E ÍNDICE CARDÍACO DO GI E DO GC	83
2.3.4. NÍVEIS DE DEPRESSÃO E DE ANSIEDADE DOS CÔNJUGES	84
2.4. AVALIAÇÕES APÓS A ALTA DO GI E DO GC (MÊS E MEIO, 3 E 6 MESES)	84
2.4.1. PONTUAÇÕES DAS ESCALAS HADS, SPQ E NHP	84
2.4.2. VARIÁVEIS DE EFICÁCIA AVALIADAS SEIS MESES APÓS O ACIDENTE CORONÁRIO	88
2.4.3. MORBILIDADE, MORTALIDADE E EVOLUÇÃO DA DOENÇA CORONÁRIA	89
2.5. EVOLUÇÃO LONGITUDINAL DA ANSIEDADE E DA DEPRESSÃO	93
2.5.1. DEPRESSÃO	93
2.5.2. ANSIEDADE	95
3. DISCUSSÃO	97
3.1. TAXAS DE PREVALÊNCIA DE PERTURBAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM DOENTES INTERNADOS	
POR ACIDENTE CORONÁRIO AGUDO	97
3.2. EVOLUÇÃO DA ANSIEDADE E DA DEPRESSÃO NOS SEIS MESES APÓS O ACIDENTE CORONÁRIO ...	99
3.3. AVALIAÇÃO DA EFECTIVIDADE DA INTERVENÇÃO DE PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO	100
3.3.1. DEPRESSÃO E ANSIEDADE	100
3.3.2. QUALIDADE DE VIDA	103
3.3.3. AJUSTAMENTO SOCIAL	104
3.3.4. EVOLUÇÃO DA DOENÇA CORONÁRIA	104
3.4. CONTRIBUIÇÕES DO PRESENTE ESTUDO PARA A CLÍNICA E PARA A INVESTIGAÇÃO	109
3.4.1. ASPECTOS CLÍNICOS E DE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS	109
3.4.2. INVESTIGAÇÃO	112
3.5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	113
CONCLUSÕES	117
BIBLIOGRAFIA	121

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1	Desenho do estudo	67
Figura 2	Escalonamento no tempo da colheita de dados e da avaliação com escalas	74
Figura 3	Fluxograma do estudo	92
Figura 4	Evolução comparativa da depressão (HADS) nos Grupos de Intervenção (GI), de Controlo (GC) e Assintomático (GA)	94
Figura 5	Evolução comparativa da ansiedade (HADS) nos Grupos de Intervenção (GI), de Controlo (GC) e Assintomático (GA)	96
Tabela 1	Características sociodemográficas da amostra inicial	77
Tabela 2	Características clínicas da amostra inicial	78
Tabela 3	Resultados da avaliação transversal da amostra inicial	78
Tabela 4	Características sociodemográficas do GI e do GC na 1ª avaliação	80
Tabela 5	Características clínicas do GI e do GC na 1ª avaliação	81
Tabela 6	Avaliação inicial do GI e do GC com as escalas HADS, MMSE e SPQ	81
Tabela 7	Avaliação antes da alta do GI e do GC com as escalas HADS e NHP	82
Tabela 8	Características clínicas do GI e do GC no fim do internamento	83
Tabela 9	Níveis de depressão e ansiedade dos cônjuges	84
Tabela 10	Pontuações da HADS no GI e no GC (mês e meio, 3 e 6 meses)	86
Tabela 11	Número de doentes com pontuações ≥ 8 na depressão e na ansiedade no GI e no GC após a alta	86
Tabela 12	Pontuações das escalas NHP e SPQ no GI e GC (mês e meio, 3 e 6 meses)	87
Tabela 13	Diferença entre os valores de depressão e de ansiedade na avaliação inicial (1ª) e aos 6 meses (5ª) no GI e no GC	89
Tabela 14	Indicadores da evolução da doença coronária e do funcionamento profissional do GI e do GC aos 6 meses	91

LISTA DE SIGLAS

AI	Angina Instável
BDI	Beck Depression Inventory
CAGE	Instrumento de detecção de alcoolismo (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener)
CI	Cardiopatia Isquémica
EAM	Enfarte agudo do miocárdio
ECG	Electrocardiograma
GA	Grupo Assintomático
GC	Grupo de Controlo
GI	Grupo de Intervenção
GHQ	General Health Questionnaire
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
MMSE	Mini Mental State Examination
NHP	Nottingham Health Profile
PL	Psiquiatria de Ligação
SPQ	Social Problems Questionnaire

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o resultado de um longo percurso, desde o desenho do protocolo até à sua redacção final. Terminado o trabalho, torna-se claro que não teria sido possível realizá-lo sem muitas contribuições de profissionais e amigos. A todos eles desejo expressar os meus sinceros agradecimentos.

Ao Prof. Carlos Ribeiro, na altura Director da UTIC-Arsénio Cordeiro, pelo entusiasmo com que me acolheu quando propus ser psiquiatra de Ligação da Unidade. Nele encontrei um orientador cujo interesse e sensibilidade pelos aspectos psicológicos da prática médica muito facilitaram o meu trabalho. A sua experiência de clínico e de investigador e o seu apoio pessoal contituíram um suporte sem o qual eu nunca poderia ter levado a bom termo este projecto.

Ao Prof. José Machado Nunes, por ter aceite ser o orientador deste estudo na Faculdade de Ciências Médicas e pela amizade de muitos anos.

Ao Prof. Donald Kornfeld, da Columbia University de Nova Iorque, pelo suporte científico que prestou para o desenho inicial e realização do estudo e pela oportunidade que me ofereceu de fazer uma primeira apresentação no encontro da Academy of Psychosomatic Medicine.

À Prof. Nancy Frasure-Smith, da McGill University em Montreal, pela possibilidade de reanálise e discussão dos resultados, assim como pelo seu incentivo para finalizar este projecto.

Um agradecimento muito particular ao grupo de colaboradoras que realizou as avaliações dos doentes: Dras. Ana Matos Pires, Ana Sofia Brito, Dione Padre Santo, Helena Barros, Lucinda Bastos, Manuela Silva, Paula Casquinha, Paula Godinho, Paula Ventura, Sílvia Nunes e Teresa Maia Correia. Sem o seu entusiasmo, disponibilidade de tempo e profissionalismo este estudo teria ficado apenas no papel.

Ao Prof. Alexandre Laureano Santos, pelo apoio na área cardiológica do protocolo e pela possibilidade de utilização do índice UTIC.

Ao Prof. António Gouveia, pelo apoio dado na análise inicial dos resultados e na revisão da análise estatística.

Ao Prof. Miguel Xavier, pelo aconselhamento em aspectos da análise estatística e da apresentação dos resultados.

A Ginette Gravel, do Montreal Heart Institute, pela reformulação de alguns aspectos da base de dados.

À Administração da Sociedade Gestora S.A. do Hospital Fernando Fonseca pelo tempo concedido para terminar a redacção deste trabalho.

Um agradecimento especial aos doentes e familiares que aceitaram participar, porque sem eles este estudo não seria possível.

Este estudo recebeu um subsídio de investigação concedido pela Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde do Ministério da Saúde.

Este trabalho é um estudo de avaliação de uma intervenção psiquiátrica. O seu objectivo principal consiste em avaliar até que ponto uma determinada intervenção – neste caso específico, uma intervenção de Psiquiatria de Ligação (PL) para pessoas com doença coronária – permite alcançar os objectivos inicialmente previstos. A sua realização surgiu como o desenvolvimento natural de um longo percurso a nível da clínica, da investigação, do ensino e da organização de serviços de psiquiatria. O início deste projecto, se é que se pode determinar com exactidão o momento ou o evento que primeiro determina uma carreira profissional no campo da saúde, situa-se em 1984, ano em que comecei a trabalhar como psiquiatra de Ligação na UTIC-Arsénio Cordeiro, no Hospital de Santa Maria.

A actividade clínica desenvolvida na UTIC-Arsénio Cordeiro mostrou-me quão frequentemente os doentes com enfarte agudo do miocárdio e angina instável apresentam perturbações emocionais, e como esse facto dificulta muitas vezes a adesão terapêutica e a modificação de comportamentos de risco. A intervenção de PL, que tive a oportunidade de desenvolver em colaboração com os cardiologistas da unidade, desde o início mostrou resultados promissores. Os doentes seguidos pareciam apresentar melhoria significativa do seu estado emocional, o que parecia ter um efeito positivo na modificação dos comportamentos de risco, na adesão terapêutica e no regresso ao trabalho. Esta evidência baseada na experiência clínica carecia, contudo, de confirmação científica. Deparei-me, por outro lado, com um número crescente de interrogações quanto às relações entre doença coronária e perturbações emocionais e quanto às possibilidades reais de melhorar a evolução da primeira através do controlo das segundas.

Embora existissem já alguns estudos de intervenção em PL, e os seus resultados sugerissem, na maioria dos casos, um impacto favorável, nenhum fora dedicado especificamente a pessoas com doença coronária aguda.

O contacto, em 1991, com o *European Consultation-Liaison Workgroup* permitiu-me participar nos estudos multicêntricos de PL como coordenadora nacional e veio reforçar a minha convicção de que só através de uma avaliação rigorosa da efectividade e custo-efectividade das intervenções de PL seria

possível avançar no desenvolvimento desta área. Nos anos seguintes tive a oportunidade de realizar vários tipos de investigação (epidemiológica, de avaliação da qualidade de serviços e de cuidados psiquiátricos, e de criação e validação de instrumentos), o que estimulou ainda mais o meu desejo de realizar um projecto de investigação próprio.

Outros dois factores tiveram um papel importante no arranque e desenvolvimento deste estudo. Por um lado, a colaboração com a equipa do Prof. Carlos Ribeiro na UTIC, na qual encontrei um espaço acolhedor e estimulante para o debate de ideias, a discussão clínica e a reflexão sobre metodologia científica. Por outro lado, o contacto com o Prof. Donald Kornfeld, da *Columbia University*, em Nova Iorque, que me permitiu partilhar a sua experiência pioneira no desenvolvimento e avaliação de intervenções sistemáticas de PL .

Entre a realização do trabalho de campo e o momento actual decorreu uma década. Qualquer receio de que o tema pudesse ter perdido actualidade durante este período revelou-se infundado. O desenvolvimento de intervenções psiquiátricas e psicossociais para as pessoas com doença coronária continua um tema extremamente actual. Basta olhar para o número de estudos publicados nos últimos anos para perceber que muitas das questões que este projecto abordou continuam em aberto e suscitam grande debate científico.

Algumas experiências tidas durante este período ajudaram-me, entretanto, a aprofundar a reflexão sobre uma boa parte das questões relacionadas com o tema do estudo e a elaborar a interpretação dos seus resultados. A organização e chefia de um novo serviço de psiquiatria num hospital geral – o Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca – obrigou-me a repensar as implicações dos novos conhecimentos sobre as relações entre morbilidade psiquiátrica e doenças somáticas na organização de serviços de saúde mental. O meu trabalho de investigação no *National Institute of Mental Health*, nos Estados Unidos, num departamento dedicado aos aspectos da saúde mental relacionados com a vida reprodutiva permitiu-me, por seu turno, tomar contacto com as grandes questões da investigação dedicada à interface dos fenómenos somáticos e das perturbações emocionais.

O trabalho que agora apresento inclui uma primeira parte, em que se procede à revisão da literatura, e uma segunda parte, que descreve a contribuição pessoal.

O primeiro capítulo da revisão da literatura consiste numa descrição panorâmica do desenvolvimento e evolução dos serviços de Psiquiatria de Ligação a nível mundial.

No segundo capítulo descrevem-se os principais estudos de prevalência da morbilidade psiquiátrica em indivíduos com doença somática em geral e com doença coronária em particular. Uma última parte foca as diferentes formas de associação entre morbilidade psiquiátrica e doença somática.

No terceiro capítulo procede-se à revisão dos estudos que avaliaram o efeito da presença de morbilidade psiquiátrica no desencadear e na evolução da doença somática em geral e da doença coronária em particular.


O quarto capítulo consiste na revisão dos estudos que avaliaram intervenções psicossociais e de PL em doentes internados nos vários serviços do hospital geral, a nível dos cuidados de saúde primários e, finalmente, em doentes com doença coronária.

A segunda parte, ou seja, a contribuição pessoal, consta de um primeiro capítulo em que são descritos os objectivos, as hipóteses e os métodos utilizados no estudo efectuado.

No segundo capítulo apresentam-se os resultados obtidos.

No terceiro capítulo procede-se à discussão dos resultados encontrados, à luz dos conhecimentos actuais. A discussão é seguida de um sub-capítulo em que se abordam as contribuições do presente estudo para a clínica, a organização de serviços e a futura investigação.

A contribuição pessoal termina com as conclusões, que resumem os resultados mais pertinentes e sugerem algumas orientações para o futuro.

Concluído este trabalho, resta-me esperar que ele possa contribuir para consolidar o papel da PL na prestação de cuidados de saúde tanto intra como extra-hospitalares e para estimular futura investigação que retome as questões por ele levantadas, quanto aos mecanismos de associação da morbilidade psiquiátrica e da doença somática. 



PARTE I

Em Outubro de 2001, o *American Board of Psychiatry and Neurology* recomendou a aprovação da Psiquiatria de Ligação (PL) como uma subespecialidade, com a nova designação de “Medicina Psicossomática”. Consagrava-se assim o reconhecimento formal de um campo específico da Psiquiatria, construído através de inúmeras contribuições a nível da investigação, da intervenção clínica, do ensino e da ética (Kornfeld, 2002). Para trás ficava um longo percurso percorrido desde o ano de 1902 quando, pela primeira vez, uma unidade de Psiquiatria era criada num hospital geral, o *Albany Hospital* em Nova Iorque.

Foram muitos os desenvolvimentos e as vicissitudes que marcaram este caminho, simbolicamente iniciado com a integração do lugar de intervenção psiquiátrica no hospital geral, ao lado das outras especialidades médicas, rompendo com o isolamento e a segregação da Psiquiatria que prevaleceu durante séculos. A maior parte deles são indissociáveis da evolução da Psiquiatria nos últimos cem anos.

Com o desenvolvimento das teorias explicativas dos fenómenos psicológicos, surgidas a partir do fim do século XIX, surgiu progressivamente uma nova forma de encarar o sofrimento psicológico, as perturbações mentais e as relações entre estas e as doenças somáticas. As contribuições da Psiquiatria Social viriam, por seu lado, não só permitir uma compreensão muito maior da influência dos factores sociais sobre a génese e a evolução das doenças mentais, como também propiciar o desenvolvimento de intervenções psicossociais de reconhecida efectividade na prevenção, tratamento e reabilitação das perturbações psiquiátricas. A denúncia da exclusão sofrida pelos doentes mentais e o reconhecimento das insuficiências das instituições psiquiátricas tradicionais viriam fortalecer os movimentos de defesa dos direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental e abrir caminho ao desenvolvimento de novos serviços mais implantados na comunidade e melhor integrados no sistema geral de saúde.

Finalmente, os espectaculares progressos científicos registados na década de 90 vieram abater as últimas resistências à inevitável aproximação da Psiquiatria à Medicina. Por um lado, os avanços das neurociências abriram novas perspectivas na compreensão das causas das doenças mentais e na criação de novos tratamentos, que podem na maioria dos casos ser dispensados a nível dos cuidados primários

de saúde. Por outro lado, com os estudos de epidemiologia psiquiátrica, tornou-se possível conhecer a real dimensão da prevalência e do impacto das doenças mentais, bem como descobrir que estas são extremamente frequentes entre os utilizadores dos serviços de saúde, tanto a nível dos cuidados primários como do hospital geral.

Do confluir de todos estes desenvolvimentos viria a resultar a progressiva integração da saúde mental na saúde em geral, com a consequente criação de departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental nos hospitais gerais e a crescente inclusão da componente de saúde mental nos cuidados primários de saúde. Esta integração permitiu não só uma abordagem mais global e eficaz das pessoas portadoras de doença mental, como veio também facilitar uma melhor articulação entre a Psiquiatria e as restantes especialidades médicas no manejo dos aspectos psiquiátricos e psicossociais encontrados num apreciável número de pessoas que sofrem de doenças físicas. As razões que justificam a necessidade desta articulação decorrem de vários factores entre os quais merecem especial referência (Cardoso *et al.*, 1988):

1. O avanço tecnológico da medicina, que permite tratar situações clínicas cada vez mais complexas, mas leva ao mesmo tempo a situações particularmente difíceis para os doentes e seus familiares;
2. Os resultados da investigação científica que mostram a frequência com que surgem reacções psicológicas como resultado ou em simultâneo com as doenças somáticas, introduzindo modificações na eficácia do tratamento;
3. As vantagens, crescentemente confirmadas pela investigação, de utilizar uma perspectiva biopsicossocial no diagnóstico e tratamento das situações médicas (Engel, 1980);
4. A insuficiente preparação dos profissionais de saúde no manejo dos aspectos psicológicos das doenças.

I 1.1.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

Outro acontecimento relevante no desenvolvimento da PL foi o facto de, em 1913, Adolf Meyer se ter tornado o primeiro director da clínica psiquiátrica Henry Phipps, no *Johns Hopkins Hospital*. Meyer tinha uma convicção pessoal quanto à

importância da aproximação entre Psiquiatria e Medicina e exerceu uma profunda influência na Psiquiatria americana (Lipowski, 1986). Do seu modelo de compreensão da pessoa partiu o impulso para o desenvolvimento da Medicina Psicossomática e da Psiquiatria de Ligação, campos em que foram pioneiros e se notabilizaram Helen Flanders Dunbar e George W. Henry, seus continuadores.

No período compreendido entre 1923 e 1932 foram criadas 112 unidades de Psiquiatria em hospitais gerais. Em Detroit, no *Henry Ford Hospital*, Heldt, citado por Lipowski (1986), realizou os primeiros estudos de prevalência de morbidade psiquiátrica no hospital geral (que situou em cerca de 30%), assim como sobre a frequência dos pedidos de atendimento, números confirmados por estudos de Moersch realizados na *Mayo Clinic*. Segundo Lipowski (1986) a PL nasceu com a publicação de dois artigos da autoria de George Henry (Henry, 1929) e de Helen Flanders Dunbar (Dunbar, 1936).

Henry foi um homem virado para a clínica e atingiu uma vasta experiência como psiquiatra na *Cornell Medical School*. Publicou o primeiro trabalho clínico em PL (Henry, 1929), em que descreveu os princípios gerais que devem nortear a intervenção do psiquiatra nos serviços médicos e cirúrgicos do hospital. Henry chamou igualmente a atenção para a necessidade de formação de estudantes e internistas em Psiquiatria no hospital geral. Esta formação seria orientada por psiquiatras de Ligação que participariam em reuniões clínicas, encontros e todas as ocasiões propícias ao debate de ideias.

Helen Dunbar trabalhou como consultora de Psiquiatria no *Columbia-Presbyterian Hospital* em Nova Iorque e dedicou-se ao estudo dos aspectos teóricos da Medicina Psicossomática. Produziu investigação na área de interface da Medicina e da Psiquiatria e concluiu da enorme importância dos factores psicológicos na etiologia e na evolução da doença somática (Dunbar, 1936).

Entre 1935 e 1960 entrou-se numa fase caracterizada pela multiplicação dos departamentos de PL, pelo desenvolvimento dos modelos de intervenção, pela avaliação das actividades já existentes e pela expansão do ensino nesta área.

A primeira unidade psiquiátrica em Denver cuja única função era fornecer apoio psiquiátrico ao hospital geral teve como director Edward G. Billings. Esta unidade tornou-se, verdadeiramente, o primeiro “Departamento de Psiquiatria de Ligação” com esse nome, uma vez que foi Billings (1939) o autor do termo *Liaison*

Psychiatry. O modelo organizativo desenvolvido incluiu apoio clínico aos serviços, ensino sobre saúde mental e aspectos psicossociais dirigido a internos e estudantes de Medicina, e ainda colaboração em investigação.

Simultaneamente, no *Mount Sinai Hospital* em Nova Iorque, Kubie (1944) escreveu alguns textos sobre os aspectos organizativos de um serviço de Psiquiatria num hospital geral, propondo que uma equipa psiquiátrica estivesse ligada a cada unidade do hospital. Esta foi a primeira formulação do modelo de Ligação propriamente dita, em contraste com o modelo de Consultadoria. Kaufman (1953) defendeu também, alguns anos depois, que o psiquiatra deve ser membro integrante da equipa médica e funcionar como consultor, professor e terapeuta.

Uma experiência diferente das anteriores teve lugar na *University of Rochester Medical School*. Em 1946, Engel criou uma equipa constituída por internistas que tinham recebido treino psicológico e que ficou conhecida como *Medical Liaison Group*. Engel (1957) defendeu que apenas internistas com formação psicológica poderiam desempenhar funções de Ligação – os chamados médicos de Ligação – e ter um papel importante na formação e treino de estudantes e médicos. Numa publicação posterior (Engel, 1977) apontou a necessidade de um novo modelo médico, o modelo biopsicossocial, facto pelo qual se tornou uma referência em PL.

Ao longo dos anos 40 e 50 desenvolveram-se muitas outras unidades de PL em hospitais gerais, universitários ou não, adoptando diferentes modelos de acordo com factores de carácter orçamental e da dimensão das equipas.

Entre 1960 e 1975, as principais áreas de desenvolvimento da PL foram a elaboração dos diversos modelos de intervenção, em geral e em situações médicas especializadas (Lipowski, 1986). A PL estendeu-se a enquadramentos médicos diversificados como unidades de cuidados intensivos, oncologia, hemodiálise, pediatria e cirurgia especializada, entre outros. Estas múltiplas experiências foram descritas por autores que trabalharam e investigaram em áreas específicas: Cassem e Hackett (1971) numa unidade coronária, Kubler-Ross (1969) com doentes terminais num hospital oncológico, Levy (1974) em nefrologia.

Psychiatry in Medicine tornou-se, em 1970, a primeira revista publicada sobre este tema, seguida de *General Hospital Psychiatry* em 1979. O movimento da Psiquiatria Comunitária, que foi acompanhado de uma perspectiva de “desmedicalização” da Psiquiatria nos anos 70, levou a um afastamento temporário entre a Psiquiatria

e as restantes especialidades médicas, mas o desenvolvimento entretanto alcançado pela PL impediu que esse afastamento se confirmasse.

A partir de 1975 entrou-se numa fase de rápido crescimento e em 1984 existiam nos EUA 869 hospitais possuindo departamentos de PL (Lipowski, 1986). Para esta enorme divulgação contribuiu, sem dúvida, o facto da instituição que programava a formação em Psiquiatria – o *National Institute for Mental Health* (NIMH) – ter dado grande prioridade ao seu desenvolvimento e expansão. A investigação científica mostrara entretanto a grande prevalência dos problemas psicossociais e de saúde mental a nível dos cuidados de saúde primários e a necessidade de formação nesse campo dos clínicos gerais.

O número de psiquiatras de Ligação tem continuado a aumentar nos EUA nas duas últimas décadas. A investigação mais recente tem procurado identificar os tipos de doentes e patologias mais referenciados à Psiquiatria e a influência dos factores psicossociais no desencadear e na evolução de diversas situações somáticas.

Decorrente da tentativa de contenção dos custos em cuidados de saúde surgiu a necessidade de estudos de intervenção que possam fundamentar, do ponto de vista dos custos e da efectividade, a existência de equipas de PL.

A Psiquiatria de Ligação foi aprovada como subespecialidade pelo *American Board of Psychiatry and Neurology* em 2001, o que significa que futuramente, os psiquiatras trabalhando em PL terão que ser certificados, após realizarem um *fellowship* num serviço idóneo. Existem actualmente excelentes programas de *fellowship* em PL em alguns hospitais dos EUA, mas o estágio em PL não é obrigatório durante o internato de especialidade em Psiquiatria.

A *Academy of Psychosomatic Medicine* (APM), a associação que congrega os profissionais que trabalham em PL, realiza um congresso anual e produziu já importantes directrizes (*guidelines*) de intervenção em PL (Bronheim *et al.*, 1998) que estão também acessíveis na internet (www.apm.org).

Duas revistas, *Psychosomatics*, órgão da APM, e *General Hospital Psychiatry*, publicam regularmente artigos sobre PL. A revista oficial da *American Psychosomatic Society*, denominada *Psychosomatic Medicine*, publica predominantemente artigos de cariz psicossomático.

I 1.2.

🌀 EUROPA

Embora se considere com alguma frequência que a Psiquiatria de Ligação foi exportada dos EUA para a Europa, o seu desenvolvimento verificou-se simultaneamente dos dois lados do Atlântico, muito provavelmente fruto do mesmo tipo de necessidades (Wise e Lobo, 2001).

Ao contrário do que acontece nos EUA, na Europa existem geralmente sistemas de saúde organizados, largamente suportados e controlados pelo Estado. Os cuidados de saúde primários têm, na maioria dos países europeus, um desenvolvimento apreciável. Os departamentos de PL variam muito consoante os sistemas de saúde, as formas de financiamento, a organização local da Psiquiatria e a extensão e qualidade dos cuidados de saúde primários (Mayou *et al.*, 1991).

O número de serviços de Psiquiatria em hospitais gerais aumentou significativamente nos últimos 40 anos, facto que favoreceu a prestação de cuidados psiquiátricos nas enfermarias médicas e cirúrgicas. As experiências informais e em tempo parcial iniciais deram lugar a uma tendência mais recente de maior organização e formalização dos serviços. A formação do *European Consultation-Liaison Workgroup* (ECLW) em 1987 (Huyse, 1991) e a actividade científica por ele desenvolvida permitiu, na última década, uma visão mais abrangente da situação.

I 1.2.1.

ESTATUTO OFICIAL E FORMAÇÃO

A nível europeu a PL apenas é considerada subespecialidade dentro da Psiquiatria em Inglaterra. Na Alemanha existe uma especialidade reconhecida desde 1992, denominada “medicina psicoterapêutica”, obrigatória para quem trabalha em psicoterapia ou psicossomática e com a duração de 5 anos. (Huyse *et al.*, 2001a).

A inclusão de um estágio obrigatório no currículo pós-graduado em Psiquiatria só se verifica a nível nacional em Espanha e em Portugal, e a nível de algumas regiões, em Itália. Na Holanda os internos de Psiquiatria são aconselhados a fazer um estágio não obrigatório nesta área. Em Inglaterra a formação pré-graduada aborda obrigatoriamente temas de PL (Huyse *et al.*, 2001a).

Existem actualmente sociedades de PL na Holanda, Itália e Portugal. Nos

outros países europeus, com a excepção da Inglaterra, a PL está contemplada como um grupo dentro de sociedades de psiquiatria ou de psicossomática. Em Inglaterra o Grupo de Psiquiatria de Ligação faz parte do *Royal College of Psychiatrists*.

Algumas destas organizações têm-se mostrado especialmente activas na formulação de regras orientadoras do número e tipo de técnicos necessários, com a apresentação de relatórios ao governo como é o caso da Bélgica, Holanda e Inglaterra. Um relatório conjunto dos *Royal College of Physicians e Psychiatrists* (1995a, 1995b) estabeleceu regras gerais para a articulação entre cuidados médicos e psiquiátricos.

A PL tem sido caracterizada na Europa por dinâmicas de desenvolvimento muito distintas nos vários países e funcionou, de um modo geral, através de iniciativas individuais até ao fim dos anos 80. A inclusão na União Europeia de um maior número de países estimulou a criação de grupos de profissionais e o desenvolvimento de estudos multicêntricos que conferiram uma maior coesão à PL europeia.

A *European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics* (EACLPP) criada em 2000, é a primeira associação europeia de PL e realiza um encontro anual que tem tido lugar em diversos países

ESTUDOS EUROPEUS

I 1.2.2.

A criação, em 1987, do ECLW, um grupo formado por psiquiatras europeus trabalhando em PL, permitiu o estabelecimento de uma rede de recolha de informação a nível europeu. Daí se partiu para a realização de um estudo europeu multicêntrico, o *ECLW Collaborative Study* (ECLW CS) que se desenvolveu entre 1990 e 1992 e foi financiado pelo 4.º Programa sobre Investigação Médica e da Saúde da Comunidade Europeia – COMAC-HSR. O objectivo principal deste estudo consistiu na formulação de linhas gerais de prestação de cuidados de PL no hospital geral.

O ECLW CS merece uma referência particular dado o facto de ter abrangido 13 países e 56 centros europeus. A metodologia utilizada incluiu formação específica na formulação do diagnóstico psiquiátrico, feito segundo os critérios da ICD-10, e no preenchimento da ficha de cada doente (Huyse *et al.*, 1996; Lobo *et al.*, 1996; Malt *et al.*, 1996). A amostra final incluiu 14.717 doentes observados por 226 psiquiatras ao longo de um ano (Huyse *et al.*, 2000a; Huyse *et al.*, 2000b;

Huyse *et al.*, 2001b). Este estudo permitiu colher informação sobre a forma de organização e funcionamento dos centros europeus, o tipo de doentes referenciados e a abordagem terapêutica utilizada.

O ECLW CS quebrou o isolamento em que habitualmente trabalhavam as equipas neste campo e serviu de núcleo duro a partir do qual foi criada, em 1992, uma estrutura informal da qual nasceu, em 2000, em Oslo, a EACLPP.

A maior parte dos profissionais que participou no ECLW CS desenvolveu entre 1994 e 1997, dois estudos europeus que receberam financiamento da Comunidade Europeia através do programa Biomed1: o *Risk Factor Study* e o *Quality Management Study*, que merecem ser descritos.

O *Risk Factor Study* (Huyse *et al.*, 1993) teve como objectivo principal a construção de um instrumento de detecção de factores de risco psicossocial em doentes internados em serviços de medicina, que pudesse ser utilizado rotineiramente pelos profissionais desses serviços. A tónica foi posta na detecção de casos complexos, partindo do pressuposto que a existência de problemas psicossociais resulta em maior complexidade de cuidados (Huyse *et al.*, 1993). O instrumento final, *COMplexity PRediction Instrument* (COMPRI), é de fácil aplicação e consiste em 13 perguntas feitas ao médico e à enfermeira que assistem o doente no início do internamento. A detecção precoce dos casos permite iniciar um plano terapêutico visando melhorar a qualidade e adequação dos cuidados fornecidos (Huyse *et al.*, 2001c; de Jonge *et al.*, 2001a; de Jonge *et al.*, 2001b).

Os objectivos principais do *Quality Management Study* (Herzog *et al.*, 1995) foram a promoção de *standards* de intervenção e a garantia de qualidade dos cuidados prestados em PL. Para os atingir, os participantes foram obrigados a ter formação prévia em promoção de qualidade. A actividade de cada centro foi registada antes do estudo começar, de forma a constituir termo de comparação posterior, ao mesmo tempo que cada equipa chegava a consenso sobre a área a abordar e as modificações a introduzir. Procedeu-se finalmente à implementação de programas de qualidade, individualizados para cada centro e monitorizados ao longo do tempo. A maior parte dos centros escolheu a comunicação como área preferencial para implementação de qualidade. Os problemas de comunicação escolhidos e as soluções encontradas em cada centro foram muito diversas, como por exemplo, melhorar a folha de pedido de atendimento, ter mais tempo para falar

com os outros profissionais de saúde ou ter um espaço privado para a entrevista com o doente (Cardoso *et al.*, 1998). Este projecto veio confirmar que é possível desenvolver estudos de qualidade no contexto diário da PL.

INTERMED é o nome de um instrumento desenvolvido para avaliar o tipo de cuidados necessários a cada doente, permitindo planear precocemente uma colaboração interdisciplinar (Huyse *et al.*, 1999, 2001d). O INTERMED pode ser utilizado tanto no internamento como no ambulatório. Contempla quatro dimensões: biológica, psicológica, social e cuidados de saúde. Cada dimensão é avaliada através do tempo: história anterior, estado presente e prognóstico. Neste momento existem já vários estudos que mostram a sua validade na detecção de casos complexos em várias situações médicas.

PORTUGAL

I 1.2.3.

Em Portugal, os primeiros hospitais gerais universitários incluindo serviços psiquiátricos, foram criados nos anos 50. O desenvolvimento da PL entre nós, algumas vezes associado a uma perspectiva psicossomática, deu-se progressivamente através de experiências isoladas e dependentes de investimentos pessoais. Nos anos 60 e 70 surgiram em Lisboa, Porto e Coimbra vários trabalhos de investigação sobre aspectos psicológicos de doenças somáticas (Souto Lopes e Gouveia Pereira, 1973; Fonseca *et al.*, 1966; Palha *et al.*, 1977; Vaz Serra, 1979). Nas décadas de 80 e 90 foram apresentadas algumas teses de doutoramento utilizando uma perspectiva psicossomática na abordagem de temas médicos (Mota Cardoso, 1984; Barbosa, 1989; Paulino, 1994). Outras teses corresponderam a experiências de PL e descreveram situações muito diversas: aspectos psicossociais influenciando a adaptação à hemodiálise (Caldas de Almeida, 1985; Lume, 1986), associados à hipertensão arterial (Coelho, 1990) ou relacionados com a cardiopatia isquémica (Machado Nunes, 1988).

No Hospital de Santa Maria, em Lisboa, procurando dar continuidade a experiências anteriores mas de uma forma mais organizada, a autora e João França de Sousa apresentaram, em 1986, o projecto de criação do Núcleo de Psiquiatria de Ligação, cuja efectiva criação se deu em 1987. Tratou-se de uma experiência pioneira, a da

constituição de uma equipa que permitiu oferecer a todos os serviços do hospital geral cuidados psiquiátricos personalizados e com continuidade. Outro aspecto igualmente importante foi a possibilidade de integrar na formação pós-graduada em Psiquiatria um estágio de 3 meses em PL, durante o qual os internos eram supervisionados no seu trabalho clínico. A PL é uma área particularmente vocacionada para a formação pré e pós-graduada, permitindo integrar na prática uma abordagem médica segundo o modelo biopsicossocial (Cardoso *et al.*, 1988).

Num estudo realizado pela Direcção de Serviços de Saúde Mental nos anos 80 (Cardoso e Poole da Costa, 1989) para tentar avaliar a extensão da PL em Portugal, concluiu-se que 80% dos 20 Centros de Saúde Mental inquiridos desenvolviam algum tipo de actividade neste campo, embora a maioria funcionasse mediante chamada para pedidos urgentes. Apenas um terço dos centros referia articulações mais estruturadas com alguns departamentos e a actividade de PL era habitualmente realizada em tempo parcial.

Estes dados mostram que, se entre nós a PL começou por se desenvolver a partir do final da década de 50 nos hospitais gerais universitários, onde ficou confinada por algum tempo, nos anos 80 atingira já um razoável desenvolvimento em todo o país, embora predominassem as experiências pouco organizadas.

A partir de 1991, com a participação de alguns centros nacionais no ECLW CS, tornou-se mais evidente a necessidade de organização dos serviços de PL. Começaram igualmente a surgir alguns trabalhos de investigação centrados na caracterização da morbilidade psiquiátrica no hospital geral e nos cuidados de saúde primários, e na avaliação dos perfis de referência dos diversos serviços à PL.

O primeiro grupo organizado de técnicos trabalhando em PL foi o Grupo de Estudos de Psiquiatria de Ligação de Lisboa que promoveu vários encontros e seminários no início dos anos 90. Em 1993 foi criada a Sociedade Portuguesa de Psicossomática que, a partir de 1996, passou a incluir um grupo de trabalho em Psiquiatria de Ligação.

A Associação Portuguesa de Psiquiatria de Ligação (APPL), surgida em 1995, pretende ser o fórum nacional de comunicação entre técnicos desta área e representá-los a nível nacional e internacional. Esta Associação realizou um Encontro Anglo-Português de Psiquiatria de Ligação em 1996, dois congressos nacionais nos anos seguintes e tem promovido a realização de seminários e sessões clínicas. Em

colaboração com a Sociedade Portuguesa de Psicossomática, realizou o 1.º Congresso Português de Psicossomática e Psiquiatria de Ligação em 2001 e organizou a *European Conference on Psychosomatic Research* em 2002.

A Associação de Psiquiatria Consiliar e de Ligação, criada no fim dos anos 90 no Porto, mantém reuniões regulares e realizou um congresso internacional em 1999.

Em Janeiro de 1999, o Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos tornou obrigatório um estágio de três meses em PL durante o Internato de Psiquiatria. Este facto sublinha a necessidade da criação de programas de formação estruturados e com objectivos bem definidos, a que só equipas organizadas de PL poderão dar resposta.

OUTROS PAÍSES

I 1.3.

AUSTRÁLIA E NOVA ZELÂNDIA

I 1.3.1.

Nestes dois países as primeiras experiências de PL surgiram a partir dos anos 70 e, actualmente, todos os hospitais gerais universitários incluem serviços de PL. O número de profissionais de PL tem vindo a aumentar, mas é ainda reduzido e a maior parte funciona em tempo parcial. A obrigatoriedade de um estágio de 6 meses em PL durante a especialidade de Psiquiatria conduziu à criação de um grupo de PL, dentro do *Australian and New Zealand Royal College of Psychiatrists*, que além de formação promove também iniciativas em investigação. Existem neste momento várias associações australianas e neozelandesas de psicossomática (Huyse *et al.*, 2001a).

JAPÃO

I 1.3.2.


O conceito de PL foi introduzido no Japão em 1977 por ocasião do congresso do *International College of Psychosomatic Medicine*, ajudando a estruturar iniciativas anteriores. A Sociedade Japonesa de Psiquiatria no Hospital Geral, criada em 1988, publica regularmente uma revista e tem promovido a expansão de serviços. A PL

é uma área obrigatória no estágio em Psiquiatria dos alunos de Medicina e os futuros especialistas em Psiquiatria são treinados na observação de doentes em enfermarias não psiquiátricas (Huyse *et al.*, 2001a).

I 1.3.3. **BRASIL**

O Brasil é o país da América Latina sobre o qual existe maior informação quanto ao desenvolvimento da PL. O número de serviços de PL aumentou nos anos 80 e em 1989 teve lugar o primeiro congresso brasileiro de PL. A Associação Brasileira de Psiquiatria inclui actualmente uma secção sobre PL. Devido à existência de muitas camas em hospitais psiquiátricos a integração dos serviços de psiquiatria nos hospitais gerais é reduzida. A PL não é considerada especialidade e também não existem estágios obrigatórios nesta área (Huyse *et al.*, 2001a).

I 1.4. **CONCLUSÕES**

A Psiquiatria de Ligação, que se iniciou em meados do século XX a partir do movimento psicossomático e da psiquiatria do hospital geral não só tem, no início do século XXI, uma identidade própria dentro da Psiquiatria como alcançou grande expansão a nível mundial (Wise, 1999). A Medicina é neste momento muito diferente do que era há 40 anos, lida com doenças somáticas complexas (como a SIDA) e com novos tratamentos que podem desencadear sintomas psiquiátricos (como o interferon). O facto da maior parte dos cuidados de saúde ser prestada a nível dos cuidados de saúde primários exige a extensão da PL para a comunidade (Wise, 1999). A articulação dos serviços hospitalares e dos serviços pós-alta é fundamental para garantir a continuidade de cuidados. Estes são alguns dos importantes desafios com que se defrontam actualmente os profissionais que trabalham em PL. 

A literatura científica internacional apresenta, nas últimas décadas, um número progressivamente maior de estudos epidemiológicos sobre a morbilidade psiquiátrica a nível dos serviços médicos e cirúrgicos, facto que demonstra a vitalidade crescente da articulação da psiquiatria com as outras áreas da saúde.

Este capítulo é dedicado à revisão dos estudos mais relevantes de avaliação das taxas de prevalência da morbilidade psiquiátrica em indivíduos com doença somática. Começamos por abordar os estudos realizados na doença somática em geral e na doença coronária, em particular, analisando, em seguida, as várias formas de associação dos dois tipos de morbilidade.

☞ PREVALÊNCIA DA MORBILIDADE PSIQUIÁTRICA NA DOENÇA SOMÁTICA EM GERAL

I 2.1.

A alta prevalência de perturbações psiquiátricas nos serviços médicos dos hospitais gerais é hoje em dia um facto estabelecido. Uma das primeiras revisões de estudos destinados a estabelecer a prevalência da morbilidade psiquiátrica em doentes internados no hospital geral (Lipowski, 1967) concluiu que, em média, 49% desses doentes sofriam de perturbação psiquiátrica não especificada.

O mesmo autor situou as taxas de prevalência de morbilidade psiquiátrica no hospital geral entre 20 e 70% (Lipowski, 1983). Numerosos estudos têm procurado caracterizar os vários tipos de perturbações psiquiátricas (emocionais, cognitivas e outras), tanto em serviços de internamento como no ambulatório.

PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS

I 2.1.1.

As perturbações psiquiátricas que mais frequentemente acompanham uma doença somática são as perturbações emocionais. Estas incluem os quadros ansiosos e depressivos desencadeados pela situação de doença, assim como os que existiam anteriormente.

Uma revisão de vários estudos, procurando estabelecer relações entre depressão e doença somática, concluiu que 18% dos doentes internados por doença somática grave apresentavam quadros depressivos, que eram mais prevalentes em Endocrinologia, Neurologia, Cardiologia, Gastroenterologia e Reumatologia, por ordem decrescente (Kathol e Petty, 1981). Numa outra revisão de um grande número de estudos (Mayou e Hawton, 1986), a prevalência das perturbações emocionais variou entre 13 e 61% para doentes internados e 14 e 52% para doentes de consulta.

Num grupo de 453 doentes internados consecutivamente num hospital geral (Feldman *et al.*, 1987), alvo de um rastreio por meio de escalas e de entrevista estruturada, 14,6% apresentavam doença afectiva e eram predominantemente mulheres jovens.

Uma amostra de 97 doentes internados em Medicina Interna, Cirurgia Geral, Dermatologia, Neurologia e Cuidados Intensivos Coronários (Cardoso *et al.*, 1995) avaliada com a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), apresentou 57,9% de perturbações emocionais (51,5% de quadros ansiosos e 36,1% de quadros depressivos, uma vez que vários doentes apresentavam duplo diagnóstico). As perturbações emocionais foram significativamente mais frequentes em Medicina, Cirurgia e Neurologia, e a depressão em particular, em Medicina e Neurologia (Cardoso *et al.*, 1995).

No conjunto dos serviços de Medicina, Cirurgia e Ginecologia de um hospital geral (Nair e Pillay, 1997), 21% dos 230 pacientes avaliados receberam um diagnóstico segundo a DSM-III-R e, destes, 33% apresentavam perturbações depressivas.

A prevalência das perturbações psiquiátricas em serviços de internamento parece assim variar com o tipo de serviço, a doença somática e as características dos doentes.

Nos serviços de Medicina deparamos frequentemente com situações para esclarecimento de diagnóstico, doentes mais idosos e com múltiplas complicações médicas, além de tentativas de suicídio por ingestão de tóxicos, sendo de esperar que neles encontremos morbilidade psiquiátrica frequente e de vários tipos.

Vários estudos avaliaram a morbilidade psiquiátrica em doentes internados em Medicina Interna. Maguire e colaboradores (1974) mostraram que cerca de 25% dos doentes avaliados em duas fases, após exclusão das tentativas de suicídio, apresentavam algum tipo de perturbação psiquiátrica. Levenson e colaboradores (1990), utilizando apenas uma escala de avaliação, descreveram a presença de quadros psicopatológicos ou de dor em 51% dos doentes, dos quais 27,9% estavam

muito deprimidos, 27,5% muito ansiosos, 20,2% tinham alterações cognitivas e 8,6% apresentavam quadros de dor importante. Outros estudos que incluíram doentes de todas as idades e utilizaram apenas escalas de avaliação descreveram taxas de prevalência de perturbação afectiva entre 24 e 61% (Moffic e Paykel, 1975; Knights e Folstein, 1977; Cavanaugh, 1983). No entanto, um estudo em que a avaliação foi feita em duas fases apenas detectou morbilidade afectiva em 14,6% dos doentes (Feldman *et al.*, 1987).

Nos serviços oncológicos, a gravidade da doença, os efeitos secundários dos tratamentos, as limitações físicas e o prognóstico conduzem também a grande prevalência de morbilidade psiquiátrica, que pode ir de 5 a cerca de 50%, com um valor médio de 24% para a depressão major (Evans *et al.*, 1999).

Derogatis e colaboradores (1983), avaliando 215 doentes consecutivos que estabeleciam o primeiro contacto em três centros oncológicos, concluíram da existência de um diagnóstico segundo os critérios da DSM-III em 47% dos casos (44% eram síndromes clínicas e 3% perturbações da personalidade). Os síndromes clínicas, na sua maioria perturbações de adaptação (68%) e depressão major (13%), incluíam também perturbações mentais orgânicas (8%) e ansiosas (4%). Oitenta e cinco por cento dos doentes oncológicos avaliados apresentavam quadros de ansiedade ou depressão passíveis de ser tratados.

Em contraste, outros autores (Bukberg *et al.*, 1984) mostraram que 42% de um grupo de doentes oncológicos hospitalizados preenchiam critérios para diagnóstico de depressão major. Nesta população, 24% apresentavam depressão grave, 18% moderada e 14% apenas sintomas depressivos. Hardman e colaboradores (1989), utilizando uma entrevista clínica estruturada, evidenciaram que 29% de 126 doentes consecutivos internados num serviço oncológico apresentavam algum tipo de perturbação psiquiátrica e 23% doença afectiva.

Diferenças no grau de incapacidade física, assim como na gravidade da doença oncológica, introduzem variações nas taxas de prevalência encontradas nos vários estudos. Bukberg e colaboradores (1984) detectaram depressão major em 77% de um grupo de doentes com situações oncológicas mais graves. Os doentes oncológicos que foram alvo de tratamento cirúrgico ou quimioterapêutico apresentaram, como é compreensível, taxas de morbilidade afectiva bastante elevadas: 39% em doentes mastectomizadas, um ano após a intervenção cirúrgica (Maguire *et al.*, 1980) e cerca

de um terço em doentes ostomizados (Maguire e Haddad, 1996).

Os quadros de dor prolongada e intensa desencadeiam com frequência quadros depressivos, podendo por vezes levar ao suicídio. Num grupo de 37 doentes internados por dor crónica, avaliados com entrevista estruturada (Katon *et al.*, 1985), os diagnósticos psiquiátricos mais frequentes foram depressão major (epi-sódio actual 32,4%, episódios anteriores 43,2%) e abuso de álcool (40,5%). Mais de metade dos doentes tinham um ou mais episódios de doença psiquiátrica antes do início do quadro de dor.

A prevalência das perturbações afectivas varia também em função da idade e a literatura mostra que doentes com mais de 65 anos internados em serviços de Medicina apresentam taxas de perturbação emocional mais baixas, quando comparados com os de idade inferior. Num estudo que utilizou a avaliação apenas clínica de doentes mais idosos, a prevalência de perturbação emocional foi de 19% (Bergman e Eastham, 1974), enquanto noutro estudo a mesma foi de 13%, utilizando uma avaliação em duas fases (Johnston *et al.*, 1987).

Schneider e colaboradores (2000) avaliaram um grupo de 262 doentes com 60 ou mais anos internados num hospital geral por meio de entrevista clínica, concluindo que 35,5% apresentavam quadros depressivos. Estes quadros foram classificados como depressão major em 14,1% dos doentes, depressão subclínica em 17,6% e quadro orgânico depressivo em 12,2%.

I 2.1.2.

PERTURBAÇÕES COGNITIVAS

As perturbações cognitivas são outro grande grupo dentro da morbilidade psiquiátrica. Decorrem de alterações funcionais ou orgânicas do sistema nervoso central e caracterizam-se por síndromes confusionais e deficitários.

A aplicação do *Mini Mental State Examination* (MMSE) a doentes de todas as idades internados num hospital geral permitiu detectar alterações cognitivas em 20 a 30% dos doentes (Knights e Folstein, 1977; Cavanaugh, 1983). No entanto, os doentes idosos apresentam mais frequentemente perturbações cognitivas. Nestes doentes, estão descritas taxas de prevalência de 7 a 15% para demências (Bergman e Eastham, 1974; Anthony *et al.*, 1982; Roca *et al.*, 1984), 9 a 10% para quadros

confusionais (Anthony *et al.*, 1982; Bergman e Eastham, 1974) e 31 a 34% para perturbações cognitivas em geral (Feldman *et al.*, 1987; Cardoso *et al.*, 1995; Knights e Folstein, 1977).

Os serviços de Neurologia situam-se entre os serviços de internamento em que se encontra uma prevalência mais alta de perturbações cognitivas, com taxas de cerca de 30% (De Paulo *et al.*, 1980; Bridges e Goldberg, 1984). Em Cirurgia Cardíaca as mesmas foram descritas em 13,5% dos doentes (van der Mast *et al.*, 1999).

ABUSO DE SUBSTÂNCIAS E OUTRAS PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

I 2.1.3.

O abuso ou a dependência de substâncias, por conduzirem a uma maior vulnerabilidade física, doenças várias e propensão para os acidentes, são frequentemente encontrados nos serviços de urgência, internamento e em consultas médicas.

Num estudo realizado em Inglaterra (Feldman *et al.*, 1987), 18% dos homens e 4% das mulheres das enfermarias de Medicina apresentavam abuso de álcool. Mayou e Hawton (1986), numa revisão de vários estudos, sugeriram a existência de prevalências mais elevadas nos serviços de Urgência, Ortopedia ou Gastroenterologia.

Num estudo realizado entre nós, numa Unidade de Cuidados Intensivos Gastroenterológicos (Rosa e Cardoso, 1996), a utilização do questionário CAGE para detecção de alcoolismo em 86 doentes consecutivos permitiu detectar 21,2% de casos positivos. No entanto, a ingestão de álcool estava acima das doses aceites como normais em 40% dos doentes avaliados.

Ainda noutro estudo, a avaliação de 422 doentes internados num hospital geral com uma escala de detecção de alcoolismo (Chen *et al.*, 2004) detectou 30% de casos positivos. Nesse estudo as taxas de prevalências mais altas foram encontradas em Medicina e Gastroenterologia, onde atingiram 53,4%. Numa segunda fase, a utilização de entrevista semi-estruturada confirmou a dependência e o abuso de álcool respectivamente em 12,6 e 3,9% dos doentes.

O abuso de outras substâncias tem sido detectado com alguma frequência em doentes internados no hospital geral, mais particularmente nos serviços de Urgência (Mayou e Hawton, 1986; McRae *et al.*, 2001). Outros autores (Nair

e Pillay, 1997) descreveram uma prevalência de 12% para abuso de substâncias preenchendo os critérios da DSM-III-R, no conjunto dos serviços de Medicina, Cirurgia e Ginecologia de um hospital geral.

A dependência de substâncias encontra-se com mais frequência nos serviços de Urgência, onde se apresenta sob a forma de intoxicações, *overdoses* ou quadros de privação (McRae *et al.*, 2001), e de Doenças Infecciosas, devido a hepatite B e C e a HIV/SIDA (Mayou e Hawton, 1986; McRae *et al.*, 2001).

Dentro do grupo das perturbações psiquiátricas descritas como menos frequentes nos serviços de internamento encontram-se os quadros de somatização (mais frequentes a nível do ambulatório), as perturbações do comportamento alimentar como a anorexia nervosa e a bulimia e as perturbações factícias (Mayou e Hawton, 1986). As psicoses do grupo da esquizofrenia são também pouco frequentes nos serviços médicos e ficam a dever-se geralmente a tentativas de suicídio e a problemas somáticos.

Podemos concluir que os doentes internados ou seguidos em consulta externa num hospital geral apresentam grande prevalência de todas as perturbações psiquiátricas e das perturbações afectivas em particular. Os valores encontrados dependem de factores clínicos, demográficos e metodológicos e taxas de prevalência detetadas mediante entrevista clínica estruturada são mais fiáveis.

As taxas de prevalência de perturbações depressivas e ansiosas em indivíduos com doença somática são muito superiores às da população geral. Em estudos epidemiológicos na comunidade estão descritas, para perturbações presentes nos últimos 30 dias, taxas de 15,4 a 22,5% para todas as perturbações psiquiátricas (Regier *et al.*, 1988; Oakley-Brown *et al.*, 1989), de 5 a 7% para as perturbações afectivas (Regier *et al.*, 1988; Weissman, Myers, 1978), de 4 a 6% para depressão major (Regier *et al.*, 1988; Oakley-Brown *et al.*, 1989) e de 10% para perturbações ansiosas (Regier *et al.*, 1988). Encontramos taxas de prevalência mais altas de perturbações psiquiátricas associadas a situações somáticas mais graves, como é o caso dos serviços de internamento de Cardiologia, Neurologia e Oncologia e, neste último caso, aumentando com a gravidade da doença.

Além das perturbações psiquiátricas detectáveis, um número significativo de doentes apresenta sintomas não atingindo expressão diagnóstica, mas com um potencial impacto na evolução da doença somática, dificultando a alta e causando

incapacidade. A grande variedade de medicações e de abordagens psicoterapêuticas actualmente disponíveis torna a maior parte destas situações tratáveis.

☞ PREVALÊNCIA DA MORBILIDADE PSIQUIÁTRICA NA DOENÇA CORONÁRIA

I 2.2.

Os serviços de internamento e as consultas de Cardiologia estão descritos como valências onde se encontram taxas elevadas de morbilidade psiquiátrica. Este facto não é surpreendente, se considerarmos que a doença cardíaca pode constituir uma séria ameaça para a sobrevivência e a qualidade de vida do indivíduo, desencadeando frequentemente sofrimento psicológico.

APÓS ACIDENTE CORONÁRIO AGUDO

I 2.2.1.

Num grupo de 100 doentes com menos de 65 anos que sofreram um primeiro Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e foram avaliados uma semana mais tarde mediante uma entrevista clínica estruturada (Lloyd e Cawley, 1978, 1983), 35% apresentavam morbilidade psiquiátrica. Em 16% essa morbilidade era prévia ao acidente coronário e 19% apresentavam perturbações da adaptação. Noutro estudo, 45% dos doentes com EAM apresentaram sintomas depressivos e 18% depressão major, oito a dez dias depois do acidente coronário (Schleifer *et al.*, 1989).

Vários autores, utilizando entrevistas estruturadas em doentes com EAM recente, verificaram que 15 a 25% dos doentes preenchiam os critérios para diagnóstico de depressão major (Schleifer *et al.*, 1989; Forrester *et al.*, 1992; Frasure-Smith *et al.*, 1993; Gonzales *et al.*, 1996; Hance *et al.*, 1996; Strik *et al.*, 2004), enquanto que entre 16% e 17% apresentavam depressão minor (Hance *et al.*, 1996; Strik *et al.*, 2004) e 17,2% qualquer tipo de perturbação afectiva (Bush *et al.*, 2001).

A detecção de sintomas depressivos mediante o uso de escalas de avaliação mostrou taxas de prevalência de 20 a 42% após EAM (Barefoot *et al.*, 2000; Bush *et al.*, 2001; Lane *et al.*, 2001; Shiotani *et al.*, 2002; Lauzon *et al.*, 2003) e de 41,4% após Angina Instável (Lespérance *et al.*, 2000).

Por outro lado, a prevalência de sintomas ansiosos em doentes que sofreram EAM e foram avaliados nas primeiras duas semanas situou-se entre 26,1 e 70% (Crowe *et al.*, 1996; Moser e Dracup, 1996; Mayou *et al.*, 2000; Lane *et al.*, 2002).

I 2.2.2. EVOLUÇÃO DA MORBILIDADE PSIQUIÁTRICA NA DOENÇA CORONÁRIA

A evolução da morbilidade depressiva e ansiosa nos meses que se seguem ao acidente coronário agudo foi igualmente estudada por vários autores.

Numa amostra de 100 doentes com EAM (Lloyd e Cawley, 1983), 75% dos que apresentavam morbilidade psiquiátrica prévia preenchiam os critérios para um diagnóstico psiquiátrico ao fim de um ano, enquanto o mesmo ocorria em apenas 25% daqueles cuja perturbação fora desencadeada pelo EAM. No grupo dos doentes inicialmente assintomáticos, 19% constituíram novos casos aos 4 meses e 11% aos 12 meses.

Havik e Maeland (1990) descreveram, num grupo de 283 doentes com EAM, uma redução dos níveis médios de depressão antes da alta, um agravamento marcado seis semanas depois e uma progressiva diminuição nos 3 anos seguintes. Os valores médios da ansiedade mantiveram-se estáveis durante o internamento e sofreram um agravamento após a alta, que se manteve até aos 3 anos de *follow-up*. A existência de antecedentes médicos e psicológicos estava associada à manutenção de sintomas emocionais.

Crowe e colaboradores (1996) descreveram pontuações no *Beck Depression Inventory* (BDI) consistentes com depressão moderada a grave em 9% dos doentes avaliados 3 dias depois do EAM e em 10% dos doentes, 24 semanas mais tarde. No subgrupo dos doentes deprimidos o nível médio de depressão mantinha-se elevado às 14 semanas e decrescia a partir daí até ao fim do primeiro ano.

Lespérance e colaboradores (1996) detectaram uma prevalência de depressão de 15,8% num grupo de 222 doentes com EAM avaliados mediante entrevista estruturada durante o internamento. Dos doentes inicialmente não deprimidos, 20,6% desenvolveram quadros de depressão nos 12 meses seguintes, a maior parte dos quais durante os primeiros 6 meses após a alta.

Numa amostra de 288 doentes internados com EAM (Lane *et al.*, 2002), a prevalência de doentes com depressão detectada inicialmente (30,9%) aumentou para 37,7% na avaliação dos 4 meses e manteve-se estável aos 12 meses. A prevalência de ansiedade sofreu um agravamento maior, passando de 26,1% para 41,8% e 40% aos 4 e 12 meses respectivamente.

Em resumo, as prevalências de perturbações depressivas e ansiosas em doentes sofrendo um acidente coronário agudo são bastante elevadas nos dias imediatos ao internamento. Nos primeiros meses após a alta, observa-se habitualmente um agravamento dos sintomas depressivos e ansiosos, o qual se mantém pelo menos até ao fim do primeiro ano. Os doentes que têm história psiquiátrica prévia estão em maior risco de não remitir a sintomatologia apresentada durante o internamento inicial.

❧ TIPOS DE ASSOCIAÇÃO ENTRE MORBILIDADE PSIQUIÁTRICA E DOENÇA SOMÁTICA

I 2.3.

Concluimos anteriormente que as taxas de prevalência da morbilidade psiquiátrica em indivíduos com doença somática, avaliados tanto em internamento como em consultas, são muito superiores às prevalências encontradas em estudos na comunidade. Este facto sugere a existência de uma relação entre doença somática e perturbação psiquiátrica, relação essa que vários autores procuraram descrever de forma sistemática.

Thomas (1983), referido por Creed e Guthrie (1996), descreveu sete categorias principais de associação entre as doenças somática e psiquiátrica:

1. Reacção psicológica à doença;
2. Apresentação somática de perturbações psiquiátricas;
3. Perturbação psiquiátrica coincidente;
4. Complicações cerebrais de doença física;
5. Comportamento anormal provocando doença física;
6. Perturbação psicossomática;
7. Inexistência de perturbação psiquiátrica.

Bridges e Goldberg (1984), num trabalho realizado a nível dos cuidados de saúde primários em Inglaterra, descreveram cinco tipos de associação entre doença psiquiátrica, sintomas somáticos e doença somática:


1. A doença psiquiátrica pode provocar ou desencadear doença física (por exemplo, a enxaqueca pode ser desencadeada por doença depressiva).
2. Os sintomas psiquiátricos podem ser a forma de apresentação de doença física (sintomas depressivos podem estar relacionados com uma doença endócrina como o hipotireoidismo).
3. A doença psiquiátrica pode surgir como uma consequência do diagnóstico de doença física (um quadro depressivo pode ser consequência do diagnóstico de doença oncológica, em que o prognóstico seja reservado). Entram neste grupo as perturbações da adaptação decorrentes de doença somática grave.
4. A doença psiquiátrica pode exacerbar os sintomas da doença somática (a depressão pode baixar o limiar de sensibilidade à dor num quadro doloroso).
5. A doença psiquiátrica pode apresentar-se apenas com sintomas somáticos, que não têm qualquer substrato orgânico. Estão nesta categoria os quadros de somatização, que surgem com grande frequência a nível dos cuidados de saúde primários e, menos frequentemente, no hospital geral (uma perturbação psicológica pode desencadear uma situação de abdómen agudo, sem qualquer causa orgânica).

Um modelo de interrelação entre doença psiquiátrica e somática (Pincus e Rubinow, 1985), um pouco diferente do anterior, descreve quatro categorias:

1. As situações são coincidentes (caso de esquizofrenia e enfarte do miocárdio);
2. A ocorrência das duas está interrelacionada (a associação maior do que a esperada entre depressão major e carcinoma do pâncreas);
3. Doença somática e psiquiátrica têm sintomatologia comum (perturbação de pânico e prolapso da válvula mitral);
4. Existem relações causais entre as duas situações (sintomas psiquiátricos desencadeados por metástases cerebrais de neoplasia).

Para a população internada num hospital geral, além da confrontação com o diagnóstico e/ou com o agravamento do estado de saúde, outros aspectos tais como o afastamento do meio familiar, a falta de privacidade, a incerteza quanto ao futuro, os tratamentos com frequência dolorosos e o receio das limitações causadas pela

doença somática podem constituir factores confluentes de perturbação emocional.

Estes vários aspectos contribuem, seguramente, para que um grande número de perturbações emocionais se inicie durante a permanência no hospital geral. Uma parte destas perturbações, as perturbações da adaptação, estará provavelmente limitada ao período de internamento e tenderá a resolver-se espontaneamente, sem necessidade de intervenção. As perturbações existentes antes do internamento ou do início da doença somática, podem no entanto agravar-se ou descompensar nesse momento devido aos factores de vulnerabilização entretanto surgidos. 

Querido (1959) foi um dos primeiros clínicos a chamar a atenção para o papel dos factores emocionais como precipitantes de internamentos hospitalares e para a necessidade dos médicos saberem lidar melhor com a ansiedade dos seus doentes nas enfermarias. O acumular de evidência clínica permite afirmar a influência de factores psicossociais no desencadear, na evolução e nas respostas terapêuticas de um largo leque de doenças somáticas (Mendelson, 1984). É também reconhecido que a doença física desencadeia sintomas psicológicos, que podem actuar de forma lesiva e que necessitam ser identificados e tratados, para maior eficácia das intervenções médicas.

☞ EFEITOS NA MORBILIDADE GERAL E NA MORTALIDADE

I 3.1.

Estudos prospectivos realizados na comunidade e avaliando grandes amostras populacionais concluíram que a existência de doença psiquiátrica está associada ao aumento da morbilidade somática e da mortalidade. Como poderemos ver um pouco mais adiante neste capítulo, a doença coronária tem sido uma das doenças cujo aparecimento está mais frequentemente associado com a existência prévia de morbilidade psiquiátrica em populações saudáveis.

Wells e colaboradores (1989) desenvolveram um rastreio em duas fases para detecção de depressão numa população seguida em consulta por 298 médicos, em vários estados americanos. De um total de 11.242 doentes, aqueles que apresentavam doença depressiva tendiam a ter pior situação física, funcional e social, bem como mais queixas de dor.

Noutro estudo (Coulehan *et al.*, 1990), a avaliação em duas fases de um grande número de doentes de clínica geral permitiu concluir que os 6,6% que tinham depressão major eram mais novos, mais frequentemente do sexo feminino e tinham doença somática mais grave que os não deprimidos.

A associação da morbilidade psiquiátrica com um aumento da mortalidade em populações em que preexistam factores de ordem somática tem sido demonstrada cientificamente de forma clara. O estudo de uma amostra de doentes internados num serviço de medicina (Hawton, 1981) e reavaliados dezoito meses mais

tarde mostrou que a perturbação psiquiátrica, detectada durante o internamento, persistia mais frequentemente nos que tinham antecedentes psiquiátricos. A presença de morbilidade psiquiátrica e idade mais elevada estavam associadas a uma taxa mais alta de mortalidade.

As populações idosas apresentam geralmente condições somáticas complexas, cuja evolução pode ser agravada quando existe comorbilidade psiquiátrica. Um estudo realizado com idosos apresentando doença física, nos quais foi detectada depressão, mostrou que o grupo dos deprimidos estava significativamente pior na primeira entrevista e tinha uma mortalidade significativamente maior, 4 anos mais tarde, para a mesma gravidade da doença física (Murphy *et al.*, 1988).

Uma amostra de 3.000 adultos acima dos 55 anos, avaliados com entrevista estruturada e o MMSE, foi seguida durante 15 meses, no *Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA). A probabilidade de morrer foi quatro vezes maior nos que tinham doença afectiva (Bruce e Leaf, 1989).

Rovner e colaboradores (1991) verificaram que a mortalidade de 454 idosos, internados numa casa de repouso e seguidos durante um ano, foi 59% maior para os 12,6% que apresentavam depressão major, independentemente do nível de saúde física.

Outro estudo (Penninx *et al.*, 2001) mostrou que a depressão major teve um impacto duas vezes maior do da depressão minor na mortalidade de uma população entre os 55 e os 85 anos, independentemente da existência ou não de doença cardíaca prévia.

Por outro lado, Luukinen e colaboradores (2003) verificaram que o risco de morte súbita cardíaca de uma população de 915 finlandeses, com idade igual ou acima de 70 anos, estava associado à existência de sintomas depressivos no *follow-up* de 8 anos.

I 3.2. EFEITOS NOS CUSTOS DE SAÚDE

I 3.2.1 CUSTOS DIRECTOS

A investigação em Psiquiatria de Ligação (PL) tem evidenciado claramente o impacto da comorbilidade psiquiátrica na duração do internamento hospitalar. Em estudos retrospectivos, vários autores verificaram que os doentes com perturbação

psiquiátrica, internados em hospitais gerais, tinham uma estadia hospitalar significativamente mais longa, quando comparados com os doentes sem morbilidade psiquiátrica. Fulop e colaboradores (1987) utilizaram a consulta retrospectiva do processo clínico. Outros autores (Ackerman *et al.*, 1988) compararam os doentes referenciados à PL com os não referenciados, encontrando internamentos significativamente mais longos no primeiro grupo.

Huyse e colaboradores (2000a, 2000b) desenvolveram um estudo multicêntrico europeu, que abrangeu uma população de 14.717 doentes internados em hospitais gerais europeus e referenciados durante um ano a serviços de PL. O tempo de estadia no hospital dos doentes referenciados à PL foi o dobro do dos doentes não referenciados.

Um estudo realizado num serviço de Traumatologia (Zatzick *et al.*, 2000) mostrou que o conjunto de perturbações de *stress*, *delirium* e psicose esteve associado a um aumento entre 46 e 103% da estadia hospitalar e dos custos.

No entanto, a investigação retrospectiva, não controlando a gravidade da doença somática e da disfunção física, pode falsear os resultados. Surgiu então a necessidade de realizar estudos prospectivos com controle da gravidade da doença somática.

Num rastreio em duas fases para detecção de perturbação cognitiva e emocional (Johnston *et al.*, 1987), foram avaliados 204 doentes com idade igual ou superior a 65 anos, internados num hospital geral. Os que apresentavam perturbação cognitiva tiveram internamentos significativamente mais longos.

Mayou e colaboradores (1988) descreveram o facto de a morbilidade psiquiátrica, detectada durante o internamento no hospital geral, se manter quatro meses após a alta e estar associada a doença física persistente. Os doentes que apresentavam doença afectiva durante o internamento continuavam a consumir mais cuidados médicos, psiquiátricos e sociais, quando comparados com um grupo de controlo, no *follow-up* de um ano. Os doentes que apresentavam perturbações mentais orgânicas tinham maior taxa de mortalidade e de morbilidade e utilizavam com frequência os serviços sociais e psiquiátricos.

Levenson e colaboradores (1990) verificaram aumento dos custos médios hospitalares devido a maior número de procedimentos e internamentos mais longos no grupo dos doentes internados num hospital geral em que coexistia psicopatologia.

Num outro estudo prospectivo que incluiu 424 doentes (Saravay *et al.*, 1991),

a existência de depressão, ansiedade e organicidade tiveram uma correlação significativa com aumento do tempo de internamento.

Numa população idosa holandesa (Beekman *et al.*, 1997), a presença de depressão major e minor estava associada a maior incapacidade, menor bem-estar e uso excessivo dos serviços.

Os resultados da *National Health Interview Survey* (Savoca, 1999), realizada numa amostra da população americana, mostraram que a presença de comorbilidade psiquiátrica conduz a um maior número e a mais longos internamentos hospitalares, contribuindo desta forma para o aumento significativo dos custos.

Frasure-Smith e colaboradores (2000) encontraram um aumento significativo dos custos, um ano após Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), no grupo dos doentes deprimidos (pontuação ≥ 10 no BDI). Tal facto ficou a dever-se ao consumo de consultas, de visitas à urgência e ao aumento do custo dos reinternamentos, por estadias mais longas no hospital.

Numa revisão de estudos internacionais (Saravay e Lavin, 1994) 75% dos estudos americanos e 89% de todos os estudos de tipo prospetivo e experimental mostraram associação significativa entre morbilidade psiquiátrica e aumento do tempo de internamento.

I 3.2.2.

CUSTOS INDIRECTOS

Numerosos estudos, muitos deles realizados com doentes que sofreram EAM, comprovaram que a existência de perturbação psiquiátrica associada a doença somática aumenta significativamente o nível de incapacidade funcional, levando a um aumento do número de dias de baixa, maior dificuldade de regresso ao trabalho e diminuição da qualidade de vida.

Na população estudada no *Medical Outcomes Study* (Wells *et al.*, 1989; Stewart *et al.*, 1989), a coexistência de sintomas depressivos (enquadráveis ou não numa perturbação depressiva) e de várias doenças físicas crónicas estava associada a pior funcionamento físico e social. A presença de sintomas depressivos estava relacionada com graus de incapacidade comparáveis aos de uma doença física crónica (Wells *et al.*, 1989). A incapacidade apresentada por indivíduos com depressão e

doença coronária grave era superior (cerca do dobro) à soma das incapacidades provocadas por cada uma das doenças separadamente.

Os resultados do estudo ECA (Broadhead *et al.*, 1990; Johnson, Weissman e Klerman, 1992) mostraram que a presença de depressão major estava associada a um risco de incapacidade 5 vezes maior. Esse risco era 1,5 vezes maior na presença de sintomas depressivos. Como os sintomas depressivos têm taxas de prevalência na população bastante mais elevadas do que a depressão major, este facto torna-os responsáveis por um número maior de dias de baixa do que a depressão major. No mesmo estudo (Broadhead *et al.*, 1990; Johnson, Weissman e Klerman, 1992), o grupo depressão major/distúmia depressiva e, de forma ainda mais marcada, a existência apenas de sintomas depressivos, aumentaram o número de dias de baixa e o uso dos serviços em geral.

Von Korff e colaboradores (1992) apontaram a existência de associação entre perturbação psicológica, incapacidade funcional e grande utilização dos cuidados de saúde primários. Outros autores (Wells *et al.*, 1989) mostraram a associação de perturbações afectivas e de ansiedade com maior nível de incapacidade. Em outros dois estudos (Ladwig *et al.*, 1994; Beekman *et al.*, 1997) a depressão esteve igualmente associada a maior nível de incapacidade.

Sherbourne e colaboradores (1996) descreveram pior funcionamento e pior qualidade de vida quando a diabetes e a hipertensão estavam associadas a uma perturbação de ansiedade. Noutro estudo, os mesmos autores (Sherbourne *et al.*, 2000) encontraram pior qualidade de vida quando existia associação entre morbilidade psiquiátrica e infecção por HIV.

Num estudo sobre qualidade de vida e mortalidade quatro meses após EAM (Lane *et al.*, 2000), os resultados não mostraram impacto dos sintomas de depressão e ansiedade na mortalidade, mas estes sintomas foram considerados como os melhores predictores (a depressão em particular) de baixa qualidade de vida nos sobreviventes.

Num estudo multicêntrico internacional e transcultural (Ormel *et al.*, 1994; Üstun *et al.*, 1995), realizado sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde, um dos objectivos foi o de comprovar se as características detectadas nos estudos anteriores europeus e americanos se confirmavam noutros continentes. Uma amostra de 25.916 doentes de clínica geral foi avaliada em duas fases para detecção de psicopatologia. A existência de psicopatologia estava consistentemente associada

com maior incapacidade, após controlo da gravidade da doença somática. Quanto mais grave a perturbação psiquiátrica, maior o grau de incapacidade encontrado. Depressão major, perturbação de pânico, ansiedade generalizada e neurastenia foram responsáveis pelas incapacidades funcionais mais graves.

I 3.3. EFEITOS ESPECÍFICOS DA MORBILIDADE PSIQUIÁTRICA NA DOENÇA CORONÁRIA

I 3.3.1. NO DESENCADear DA DOENÇA CORONÁRIA

Numerosos estudos prospectivos na comunidade evidenciaram uma persistente associação entre a existência de sintomas depressivos e ansiosos e o aparecimento de doença cardiovascular, incluindo a cardiopatia isquémica.

O *Framingham Study*, um estudo clássico de detecção de factores de risco para doença coronária, mostrou que mesmo sintomas não enquadráveis em perturbações major podem ter um efeito deletério na saúde. Cerca de 5.000 indivíduos saudáveis foram avaliados a partir de 1949. Três décadas mais tarde, os resultados mostravam que as mulheres entre os 45-64 anos com maior labilidade emocional, preocupações em envelhecer e sintomas de tensão e raiva tinham significativamente mais cardiopatia isquémica. Nos homens com menos de 65 anos, a preocupação com o envelhecer e a tensão e *stress* diários tinham o mesmo impacto (Haynes *et al.*, 1978a , 1978b).

Haines e colaboradores (1987), estudando uma população de 1.457 indivíduos sem história de EAM, concluíram que a presença de ansiedade fóbica estava fortemente relacionada com subsequente doença isquémica coronária, fatal ou não. O aumento do nível de ansiedade estava relacionado com aumento do risco de doença coronária fatal.

Num estudo prospectivo longitudinal, o *Normative Aging Study*, que acompanhou cerca de 2.500 indivíduos durante 32 anos, verificou-se que os homens com dois ou mais sintomas de ansiedade, numa escala de cinco, tinham maior risco de desenvolver doença coronária fatal (Kawachi *et al.*, 1994). No mesmo estudo, os homens com níveis mais altos de depressão tiveram maior risco de sofrer de doença coronária e esse risco aumentou com o nível de depressão (Sesso *et al.*, 1998).

Do mesmo modo, no estudo ECA, Pratt e colaboradores (1996) verificaram que a existência de disforia e de depressão major aumentava significativamente a probabilidade de ocorrência de EAM e funcionava como factor independente dos outros factores de risco coronário.

A avaliação de uma amostra representativa da população dinamarquesa mostrou que o aumento da pontuação na escala de depressão do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* aumentava o risco de EAM e de morte por todas as causas (Barefoot e Schroll, 1996). Este facto apenas se verificou no caso dos sintomas depressivos serem mantidos e não apenas episódicos.

Um estudo prospectivo multicêntrico (Wassertheil-Smoller *et al.*, 1996) procedeu à detecção de depressão em 4.367 indivíduos sofrendo de hipertensão arterial e com idade igual ou superior a 60 anos, seguidos em ambulatório. As avaliações nos quatro anos seguintes revelaram que houve um aumento substancial e significativo do risco de morte por EAM ou acidente vascular cerebral, associado ao aumento dos sintomas depressivos ao longo do tempo.

Uma população americana de 5.888 indivíduos saudáveis, com idade igual ou superior a 65 anos, foi avaliada ao longo de 6 anos, no *Cardiovascular Health Study* (Ariyo *et al.*, 2000). O grupo que tinha pontuação cumulativa mais alta em depressão viu o risco de desenvolver doença coronária aumentado em 40% e o risco de morte aumentado em 60%.

A *National Health and Nutrition Examination Survey* (Ferketich *et al.*, 2000) avaliando uma população de 7.893 indivíduos, na maioria mulheres sem doença coronária, concluiu também no *follow-up* de 10 anos que a depressão estava associada ao aumento do risco de doença coronária em ambos sexos e ao aumento da mortalidade apenas nos homens.

Finalmente, o INTERHEART *study* (Rosengren *et al.*, 2004), um estudo desenvolvido em 52 países de todos os continentes e envolvendo 11.119 casos e 13.640 controlos, confirmou o que já estava estabelecido cientificamente para as populações do mundo ocidental: que a presença de factores psicossociais, incluindo *stress* e depressão, era responsável por 32,5% do risco total de desenvolver um EAM, nos doze meses subsequentes.

Não podemos deixar de mencionar duas meta-análises recentes (Rugulies, 2002; Wulsin e Singal, 2003) que procederam à revisão de estudos prospectivos

em populações sem doença cardíaca, avaliadas para detecção de depressão clínica e/ou de sintomas depressivos, e cujo *outcome* era o desenvolvimento de doença coronária. Ambas concluíram que a presença de depressão clínica ou de sintomas depressivos aumentava 1,64 vezes o risco de desenvolver doença coronária. Rugulies (2002) concluiu ainda que a depressão clínica era um predictor mais forte do que a existência de sintomas depressivos apenas.

I 3.3.2.

NA EVOLUÇÃO DA DOENÇA CORONÁRIA

Uma vez estabelecido o facto de a morbilidade psiquiátrica estar associada ao desencadear de doença coronária colocou-se uma nova questão: estarão as perturbações emocionais igualmente associadas a maior risco de morbilidade ou mortalidade em indivíduos com doença coronária confirmada? Abordaremos em seguida os estudos que procuraram responder a esta pergunta.

Em indivíduos com doença coronária confirmada, a depressão major diagnosticada mediante entrevista estruturada constituiu um factor de risco independente para o aumento da morbilidade somática e da mortalidade subsequente. Num grupo de 55 doentes com doença coronária e depressão major internados para cateterismo cardíaco (Carney *et al.*, 1988), a depressão foi o melhor predictor de complicações cardíacas importantes nos 12 meses seguintes. Este facto foi independente da gravidade da cardiopatia isquémica, da fracção de ejeção do ventrículo esquerdo e dos hábitos tabágicos.

Frasure-Smith e colaboradores (1993) realizaram um estudo, já considerado clássico, de detecção de depressão major por entrevista clínica em 222 doentes uma semana após EAM, seguida de avaliação da mortalidade cardíaca 6 meses depois. Estes autores concluíram que a existência de depressão major funcionava como um factor de risco independente (equivalente pelo menos à classe de Killip e a história prévia de EAM) para o aumento da mortalidade tanto aos 6 como aos 18 meses de *follow-up* (Frasure-Smith *et al.*, 1995).

Em contrapartida, para Strik e colaboradores (2004), a presença de depressão major ou minor um mês após um primeiro EAM foi predictora de maior consumo de cuidados de saúde, mas não de maior número de complicações cardíacas.

Vários estudos, utilizando apenas escalas para detecção de depressão, comprovaram que a presença de sintomas depressivos em doentes coronários está associada a um aumento da taxa de mortalidade. Num grupo de 1.250 doentes coronários internados para coronariografia (Barefoot *et al.*, 1996), a presença de depressão estava associada a um aumento do risco de morte tanto por causa cardíaca como por qualquer causa, ao longo de 10 anos. Este risco revelou-se tanto maior quanto mais alto o nível de depressão, foi independente da gravidade da doença coronária e do tratamento e manteve-se ao longo de todo o *follow-up*.

Penninx e colaboradores (1998) realizaram um estudo prospectivo em 3.701 indivíduos de idade >70 anos, para avaliar o impacto da depressão na mortalidade 3 e 6 anos mais tarde. Os resultados mostraram que os indivíduos do sexo masculino que desencadearam um quadro depressivo durante os 6 anos de *follow-up* tinham aumento do risco de agravamento da doença coronária e do risco de mortalidade por doença cardiovascular. Pelo contrário, os indivíduos de ambos os sexos cronicamente deprimidos não apresentavam aumento de qualquer destes riscos.

Num grupo de 430 doentes internados por Angina Instável (AI) avaliados antes da alta e reavaliados 1 ano depois (Lespérance *et al.*, 2000), os que tinham pontuação ≥ 10 no BDI apresentaram maior probabilidade de morte cardíaca ou de EAM não fatal, quando comparados com os que tinham pontuação < 10 . Este facto foi independente dos outros factores de prognóstico.

Noutro estudo envolvendo 275 doentes acima de 65 anos, avaliados 3 meses e 10 anos após EAM (Welin *et al.*, 2000), a mortalidade coronária estava fortemente associada a sintomas depressivos e a falta de suporte social.

Bush e colaboradores (2001) mostraram que a presença de qualquer tipo de depressão ou de uma pontuação na BDI ≥ 10 , em 285 doentes com EAM, foram predictores de maior risco de morte aos 4 meses de *follow-up*. Este risco foi proporcional ao nível da pontuação e mesmo sintomas mínimos de depressão estavam associados a um aumento da mortalidade.

Outros autores (Lespérance *et al.*, 2002) avaliaram 896 doentes com EAM durante o internamento inicial e 5 anos mais tarde com o BDI. A sobrevivência aos 5 anos foi inversamente proporcional à pontuação inicial da depressão, facto que se verificou mesmo para níveis baixos de depressão (pontuação < 10).

Finalmente, Shiotani e colaboradores (2002) avaliaram 1.042 doentes 3 e 12

meses após um EAM e confirmaram que a depressão foi um factor de risco significativo para complicações cardíacas, nos doentes com idade superior a 64 anos.

Dois estudos diferiram nas suas conclusões dos anteriores. Num grupo de 228 doentes com EAM (Lane *et al.*, 2000, 2001, 2002) a presença de sintomas de ansiedade e de depressão foi predictora de pior qualidade de vida 4, 12 e 24 meses mais tarde, mas não de mortalidade cardíaca ou total. Noutro estudo (Lauzon *et al.*, 2003), incluindo 550 doentes com EAM reavaliados um ano mais tarde, o grupo dos doentes deprimidos teve duas vezes o número de mortes dos não deprimidos, mas esta diferença não atingiu significância estatística.


A depressão também provou ser um factor de pior prognóstico em doentes coronários submetidos a cirurgia. Num estudo prospectivo (Baker *et al.*, 2001) em que 158 doentes submetidos a *bypass* aorto-coronário foram avaliados pré-operativamente, o grupo dos que tinham depressão marcada teve uma mortalidade de 12,5% (2,2% nos restantes), no *follow-up* de 25 meses. Todos os outros factores de risco foram controlados.

Alguns autores (Rumsfeld *et al.*, 2003) mostraram que a existência de uma história de depressão numa amostra de 1.975 doentes com EAM e AI estava associada a dor anginosa mais frequente, maior limitação física e pior qualidade de vida no *follow-up* de 7 meses.

Uma recente meta-análise (Barth *et al.*, 2004), revendo 20 estudos prospectivos para avaliação do impacto da depressão na mortalidade da doença coronária, levou a concluir que os doentes com sintomas depressivos tinham um risco duas vezes maior de morrer nos dois primeiros anos depois da avaliação inicial. Este efeito mantinha-se a mais longo prazo, mesmo controlando todos os outros factores de risco. No entanto, o impacto das perturbações depressivas só se manifestava no *follow-up* de 2 anos, sendo inaparente nos primeiros 6 meses. Sintomas depressivos e depressão clínica tinham um impacto semelhante.

Uma segunda meta-análise (van Melle *et al.*, 2004), revendo 22 estudos na mesma área, concluiu que a depressão pós-EAM estava associada com um risco 2 a 2,5 vezes maior de agravamento do prognóstico da doença coronária e, respectivamente, 2,6 e 2,4 vezes maior de mortalidade cardíaca ou geral. No entanto, o efeito sobre a mortalidade foi mais marcado nos estudos antes de 1992 do que nos mais recentes.

Mas será este um fenómeno exclusivo da depressão ou poderá a ansiedade ter também impacto na evolução da doença coronária? Dois estudos (Rozanski *et al.*, 1988; Rahe, 1989), procurando responder a esta questão, verificaram o desencadear de isquémia silenciosa do miocárdio, em doentes com doença coronária confirmada, em situações de aumento da ansiedade, tais como falar em público. Os testes de carácter intelectual tinham um efeito desencadeante mais acentuado que o exercício físico.

Por outro lado, Moser e Dracup (1996) concluíram que os doentes com níveis altos de ansiedade que sofreram um EAM tinham 4,9 vezes mais complicações hospitalares do que os doentes com baixo nível de ansiedade. 

A presença de morbilidade psiquiátrica em indivíduos com doença somática está associada a um maior risco de complicações médicas e a um aumento da mortalidade. Este facto, além de agravar o prognóstico médico, tem também um impacto negativo nos custos de saúde, tanto directos como indirectos.

A expansão dos serviços de PL até ao princípio dos anos 90 ficou a dever-se, entre outros factores, à confirmação do impacto da morbilidade psiquiátrica na evolução da doença somática. A partir dessa altura, e como consequência das pressões a favor da contenção dos custos de saúde, os serviços de PL viram-se confrontados com a necessidade de demonstrar a efectividade e custo-efectividade das suas intervenções.

A doença coronária é uma das doenças em que a associação dos factores emocionais com o agravamento da evolução tem sido mais comprovada. Há ampla evidência do impacto dos factores emocionais no desencadear e na evolução da doença coronária. Por outro lado, a sua alta frequência e o facto de atingir muitas vezes indivíduos em fase produtiva torna-a responsável por uma grande percentagem de casos de incapacidade prolongada e de invalidez. Justifica-se, assim, o elevado número de estudos de avaliação de intervenções psicossociais e de PL realizados em doentes com cardiopatia isquémica, tanto em fase aguda como estabilizada.

Os estudos de avaliação de intervenções psicossociais têm focado em particular o tratamento das perturbações emocionais, a melhoria da evolução da doença somática e a redução dos custos de saúde directos e indirectos. Vários tipos de abordagem têm sido utilizados, entre os quais o fornecimento de informação sobre a situação clínica, aconselhamento quanto a comportamentos e factores de risco, relaxação, psicoterapia (cognitivo-comportamental, de suporte, de grupo ou individual) e antidepressivos. Estas abordagens, utilizadas separadamente ou em conjunto, foram muitas vezes associadas a programas de reabilitação física.

O objectivo principal deste capítulo é a revisão dos estudos de efectividade de intervenções psicossociais na Cardiopatia Isquémica (CI). Esta revisão incluirá apenas os estudos de intervenções utilizando abordagens especificamente psicológicas ou psicoterapêuticas e/ou psicofármacos. Excluímos da presente revisão todos os estudos de intervenção que utilizaram programas incluindo apenas exercício,

relaxação ou outras técnicas de carácter físico, não complementadas com uma vertente psicoterapêutica.

Antes de procedermos à revisão dos estudos de intervenção na CI, abordaremos, embora não exaustivamente, os estudos de intervenção psicossocial e de PL realizados no hospital geral e nos cuidados de saúde primários. No caso do hospital geral, porque se encontram entre eles vários estudos de intervenção de PL que deram um contributo valioso para o desenho do presente estudo. Quanto aos estudos de intervenção a nível dos cuidados de saúde primários, porque exploraram diferentes modelos de articulação entre os cuidados psiquiátricos e os cuidados médicos e encontraram soluções inovadoras na avaliação da efectividade e da custo-efectividade.

I 4.1.

☞ INTERVENÇÕES NO HOSPITAL GERAL

Mumford e Schlesinger (1982), numa meta-análise de 34 estudos prospectivos controlados, de avaliação de uma intervenção psicológica em doentes submetidos a vários tipos de cirurgia e em recuperação de enfarte agudo do miocárdio, descreveram melhores resultados no grupo de intervenção. De uma forma geral, os doentes deste grupo cooperavam melhor com a equipa médica, utilizavam menos hipnóticos e analgésicos, tinham menos complicações e recuperavam mais rapidamente, quando comparados com os que tinham recebido os cuidados habituais. As intervenções psicológicas consistiram em informação sobre a situação clínica nuns casos, apoio psicoterapêutico noutros e misto em outros. Os estudos que utilizaram psicoterapia ou abordagem mista apresentaram maiores diferenças entre os dois grupos. No subgrupo dos estudos que compararam o tempo de internamento, este foi reduzido em dois dias no grupo de intervenção.

Devine e Cook (1983), numa revisão de 49 estudos controlados sobre intervenções psicoeducativas breves após intervenção cirúrgica, concluíram que a redução do tempo de internamento foi significativa, embora menor nos estudos mais recentes. Este efeito foi independente do facto do estudo estar ou não publicado, ou dos médicos saberem a que grupo pertenciam os doentes.

Numa revisão de estudos prospectivos de intervenção em doentes com fractura

do colo do fémur, Strain e colaboradores (1994) destacaram três estudos que mostraram de forma inequívoca a redução dos custos hospitalares, por diminuição da duração do internamento. Num deles (Boone *et al.*, 1981), uma intervenção precoce do serviço social permitiu reduzir o tempo de internamento. Os outros dois (Levitan e Kornfeld, 1981; Strain *et al.*, 1991) utilizaram intervenções psiquiátricas sistemáticas, em que o psiquiatra fazia parte da equipa prestadora de cuidados médicos. No estudo de Strain e colaboradores (1991) a redução do tempo de internamento foi síncrona com a redução dos custos e a melhoria dos sintomas clínicos. Em todos eles as intervenções utilizaram uma procura activa dos casos psiquiátricos, segundo um modelo de Ligação.

Outra revisão de estudos realizados em vários departamentos do hospital geral permitiu concluir que as intervenções de PL eram custo-efectivas, e que as realizadas segundo um modelo de Ligação tinham melhores resultados, comparados com as que utilizavam um modelo de Consultadoria (Saravay, 1996).

Hengeveld e colaboradores (1988), num estudo de custo-efectividade aleatorizado e controlado, realizaram uma intervenção de PL num grupo de 33 doentes internados em medicina com pontuação igual ou superior a 13 no BDI. O grupo experimental teve diminuição significativa do nível de depressão e do consumo de psicofármacos, quando comparado com o grupo de controlo no momento da alta. O tempo de internamento e o número de consultas e de procedimentos diagnósticos não diferiram entre os dois grupos.

Levenson e colaboradores (1992) desenvolveram um estudo também aleatorizado e duplamente cego, realizado com doentes internados num serviço de medicina, avaliados através de um conjunto de instrumentos para depressão, ansiedade, perturbações cognitivas e dor. A intervenção psiquiátrica não estava integrada no funcionamento regular da equipa médica. Os resultados não mostraram melhoria de sintomas, diminuição do tempo de internamento ou dos custos, no grupo experimental.

Com base nos estudos agora descritos podemos concluir que, na maioria dos casos, uma intervenção psicossocial dirigida a doentes internados nos vários serviços do hospital geral melhora a evolução clínica e conduz a uma alta mais precoce. O modelo de Ligação, ou seja, aquele em que existe uma articulação permanente entre o psiquiatra e a equipa médica, parece produzir maior impacto do que o modelo de Consultadoria.

I 4.2.

☞ INTERVENÇÕES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Katon e Gonzales (1994) procederam à revisão dos estudos de intervenção prospectivos, aleatorizados e com grupo de controlo de PL a nível dos cuidados de saúde primários. Classificaram-nos em três grupos ou gerações:

A primeira geração incluiu estudos que utilizaram instrumentos estandarizados para detectar perturbações psiquiátricas em doentes seguidos em clínica geral. Os resultados obtidos, quando acima de determinado ponto de corte, eram comunicados, ou não, de forma aleatorizada aos médicos de família respectivos. Apenas dois estudos dentro de sete mostraram redução significativa do sofrimento psicológico nos doentes do grupo experimental.

Os estudos da segunda geração incluíam, além dos procedimentos de detecção, uma entrevista estandarizada no caso dos doentes terem uma pontuação acima do ponto de corte da escala utilizada. Aleatoriamente, o médico de família recebia, ou não, informação clínica acompanhada de um plano de tratamento desenhado pelo psiquiatra, de forma a conduzir o tratamento do doente. Finalmente comparavam-se os resultados obtidos nos dois grupos. Os dois estudos nesta categoria mostraram: o primeiro, redução no consumo de cuidados de saúde sem melhoria clínica (Smith *et al.*, 1986); o segundo, um estudo realizado com grandes utilizadores de cuidados médicos com problemas emocionais (Katon *et al.*, 1992), mostrou aumento da prescrição de psicofármacos pelo médico de família no grupo de intervenção, sem alteração do consumo de cuidados ou do estado emocional dos doentes.

Nos estudos de terceira geração, e reflectindo sobre os resultados dos estudos anteriores, partiu-se da ideia que eram necessários maiores níveis de intervenção para modificar o estado clínico do doente. A intervenção psiquiátrica foi realizada por técnicos de saúde mental, ou pelo médico de família em colaboração estreita com um psiquiatra. Os doentes foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos: intervenção e cuidados habituais. Os dois estudos desta categoria completados até 1994 (Catalan *et al.*, 1991; Scott e Freeman, 1992) mostraram que as intervenções realizadas pelos técnicos de saúde mental obtinham melhores resultados sobre o estado emocional dos doentes.

Estudos mais recentes avaliaram intervenções em doentes com perturbações de somatização e mostraram uma diminuição dos custos (decorrente da redução do número de internamentos) e melhor nível de funcionamento nas actividades diárias

(Smith *et al.*, 1995; Kashner *et al.*, 1995; Rost *et al.*, 1994). O primeiro (Smith *et al.*, 1995) foi um estudo de segunda geração, os dois últimos (Kashner *et al.*, 1995; Rost *et al.*, 1994) de terceira geração.

Outros estudos de terceira geração centrados no tratamento da depressão menor (Miranda e Muñoz, 1994), da depressão maior (Katon *et al.*, 1994; Simon *et al.*, 2000) e de sintomas persistentes de depressão (Katon *et al.*, 1999) mostraram igualmente resultados clínicos muito superiores nos grupos de intervenção. Katon e colaboradores (1994) descreveram também maior satisfação dos doentes alvo de intervenção. Von Korff e colaboradores (1998) mostraram melhor funcionamento e menos preocupação em doentes com lombalgias após uma intervenção de grupo realizada por um leigo, em comparação com o tratamento habitual em clínica geral.

Um estudo australiano multicêntrico, *Identifying Depression As a Comorbid Condition* (IDACC) (Cheok *et al.*, 2003; Schrader *et al.*, 2005), avaliou 669 doentes internados em cardiologia, por diversos tipos de diagnósticos, com a *Center for Epidemiological Studies Depression Scale*. Os doentes com nível de depressão ≥ 16 foram aleatorizados entre controlos e intervenção e estes últimos referenciados ao psiquiatra de Ligação e a uma enfermeira de reabilitação. O clínico geral recebia informação escrita e telefónica sobre o estado depressivo do doente que iria seguir e sobre a forma de conduzir o tratamento. Os resultados mostraram uma redução significativa da gravidade da depressão no grupo experimental, doze meses mais tarde. A intervenção foi particularmente eficaz na prevenção do agravamento dos casos de depressão ligeira.

Numa revisão recente de 36 estudos (Gilbody *et al.*, 2003) os autores concluíram que as intervenções psicossociais mais efectivas a nível dos cuidados de saúde primários foram geralmente multi-modais e incluíram treino do médico de família, incorporação de um técnico de enfermagem funcionando como gestor de caso e maior integração entre cuidados de saúde primários e secundários.

O enfermeiro – gestor de caso pode, mediante contacto regular, continuar a monitorizar a evolução do doente, melhorar a adesão terapêutica e referenciar o doente ao médico no caso de haver um agravamento. É, no fundo, um modelo de intervenção que já provou ser efectivo na prestação de cuidados psiquiátricos na comunidade a doentes de evolução prolongada.

I 4.3.

☞ INTERVENÇÕES NA DOENÇA CORONÁRIA

Os primeiros ensaios clínicos controlados para avaliação da efectividade de intervenções psicoterapêuticas em doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) datam dos anos 70.

Ibrahim e colaboradores (1974), utilizaram psicoterapia de grupo durante um ano num grupo de 60 doentes com EAM entre os 35 e os 65 anos, num estudo não aleatorizado. No fim da intervenção o grupo experimental apresentou sobrevivência aumentada, embora de forma não significativa. Rahe e colaboradores (1973, 1979), num estudo aleatorizado realizaram uma intervenção semelhante durante doze semanas em doentes com primeiro EAM e menos de 60 anos. O *follow-up* de 3-4 anos demonstrou menor morbilidade e mortalidade e maior número de regressos ao trabalho no grupo experimental, quando comparado com o de controlo.

Nalguns estudos a psicoterapia foi realizada durante o internamento após EAM ou Angina Instável (AI). Gruen (1975), num estudo controlado e só em parte aleatorizado com doentes de primeiro EAM, comparou o efeito de uma psicoterapia breve diária com o do tratamento habitual, controlando a gravidade da doença coronária. O grupo experimental teve menos dias em cuidados intensivos, menos arritmias supraventriculares, menos ansiedade e regresso mais rápido ao trabalho 4 meses após o internamento.

Langosch e colaboradores (1982) realizaram um estudo controlado de doentes consecutivos do sexo masculino com EAM, em que os doentes escolheram participar num de três grupos: duas intervenções diferentes de psicoterapia comportamental completadas durante o internamento (uma com treino em gestão do *stress*, outra em relaxação) e um grupo recebendo os cuidados habituais. Seis meses após a alta os dois grupos de intervenção mantinham novos estilos de adaptação, não diferindo entre si, mas não foi possível compará-los com o grupo de controlo. Noutro estudo com desenho semelhante (Oldenburg *et al.*, 1985), 46 doentes foram distribuídos, segundo regras pré-estabelecidas, em 2 grupos de intervenção (relaxação e informação sobre a doença coronária num deles e a mesma intervenção acrescida de aconselhamento no outro) e um grupo recebendo os cuidados habituais. Doze meses mais tarde, os grupos de intervenção apresentavam pontuações

significativamente melhores nas medidas de funcionamento psicológico e de estilo de vida, e menos sintomas cardíacos, comparados com o grupo de controlo.

Os estudos descritos sugeriram que era possível, mediante uma intervenção psicossocial, melhorar não só o estado emocional mas também as queixas físicas e a mortalidade em doentes com CI. Estes resultados devem, no entanto, ser tomados com algumas reservas, devido a insuficiências metodológicas de vários tipos: utilização de pequenas amostras (Oldenburg *et al.*, 1985), ausência de aleatorização (Langosch *et al.*, 1982; Oldenburg *et al.*, 1985), aleatorização parcial (Gruen, 1975) e não avaliação da gravidade da doença coronária (Ibrahim *et al.*, 1974). Apesar disso, eles foram um estímulo importante para o desenvolvimento e avaliação de programas de reabilitação integrando aspectos psicológicos e de qualidade de vida.

Alguns estudos de avaliação de intervenções psicossociais, embora utilizando metodologias mais rigorosas, não incluíram no entanto aleatorização da amostra inicial. Nesses protocolos o grupo de controlo foi constituído por doentes com características idênticas, mas provenientes de um centro sem o programa avaliado, ou a distribuição foi feita por blocos de doentes consecutivos. É o caso dos próximos estudos que iremos descrever.

Mayou e colaboradores (1981) compararam o efeito de três tipos de intervenção pós-alta (exercício, aconselhamento sobre factores de risco, incluindo o cônjuge e cuidados habituais) numa amostra de 129 doentes com EAM e menos de 60 anos. Os doentes foram distribuídos nos vários grupos por blocos, segundo critérios pré-estabelecidos. Doze semanas mais tarde não foram detectadas diferenças entre os dois grupos que receberam intervenções específicas. No *follow-up* de 18 meses os doentes do grupo que recebera aconselhamento estavam mais satisfeitos com a sua situação, trabalhavam mais horas e tinham relações sexuais mais frequentes do que os dos outros dois grupos.

Thompson e Medis (1990) avaliaram o impacto de um programa de aconselhamento individualizado, incluindo o cônjuge, durante o internamento numa amostra de 60 doentes do sexo masculino de idade acima de 66 anos com primeiro EAM. A distribuição em grupo de intervenção e de controlo fez-se por blocos de 10 doentes consecutivos. Os doentes do grupo experimental tiveram significativamente menos ansiedade e depressão medidas pela HADS, seis meses mais tarde.

Dracup e colaboradores (1991) estudaram o efeito de um programa de reabilitação pós-alta num grupo de 41 doentes que tinham sofrido EAM ou *by-pass* aorto-coronário durante os últimos 12 meses e viviam com o cônjuge. O grupo de controlo foi constituído por 100 doentes idênticos recebendo apenas cuidados habituais. A intervenção incluiu avaliação da saúde, estabelecimento de objectivos a atingir em conjunto com o cônjuge, aulas de gestão do *stress*, informação e aconselhamento sobre factores de risco e três sessões semanais de exercício durante 12 semanas. O *follow-up* de 6 meses mostrou que os doentes do grupo de intervenção estavam significativamente menos ansiosos e deprimidos, mais satisfeitos com a relação conjugal e tinham melhor ajustamento psicossocial.

Hedbäck e colaboradores (1993) avaliaram o impacto de um programa de reabilitação com a duração de três meses numa amostra de 147 doentes com EAM e menos de 65 anos. A intervenção incluiu exercício físico, educação do doente e da família, acompanhamento médico e aconselhamento em relação a hábitos tabágicos e alimentares. O grupo de controlo consistiu em 158 doentes idênticos que tinham tido alta de hospitais sem programa de reabilitação. A avaliação 5 anos mais tarde mostrou uma redução significativa no número de reenfartes e de complicações cardíacas, mas não da mortalidade. O grupo de intervenção apresentou redução significativa do número de enfartes e da mortalidade cardíaca e total, assim como aumento da percentagem de doentes regressados ao trabalho, no *follow-up* de 10 anos.

Denollet e Brusaert (2001) compararam o efeito de uma intervenção destinada a reduzir o nível de sofrimento psicológico num grupo de 78 doentes do sexo masculino com EAM tratado num hospital, com o dos cuidados habituais, num grupo idêntico tratado noutro hospital. A intervenção foi efectiva na redução do sofrimento psicológico no *follow-up* de 3 meses e da mortalidade 9 anos mais tarde. A mortalidade estava associada com maior perturbação psicológica e com fracção de ejeção ventricular esquerda mais baixa.

Os estudos que descreveremos seguidamente utilizaram metodologias mais exigentes, como aleatorização da amostra entre intervenção e controlo e avaliação sistemática da gravidade da doença cardíaca.

Pozen e colaboradores (1977) avaliaram a efectividade de uma intervenção intra e extra-hospitalar num grupo de 313 doentes com EAM (todas as classes de Killip) e 70 ou menos anos, em comparação com a dos cuidados habituais.

A intervenção incluiu suporte psicossocial, educação do doente e da família e redução da ansiedade, estimulando a adaptação à doença. O programa consistiu em sessões diárias durante os dias iniciais de internamento e em dias alternados no restante período de internamento, com inclusão da família. Depois da alta uma enfermeira manteve contacto telefónico semanal. A avaliação seis meses mais tarde mostrou que os doentes das classes I e II de Killip, alvo dessa intervenção, regressaram 2 meses mais cedo ao trabalho e uma maior percentagem alterou os hábitos tabágicos comparados com os controlos. Por outro lado, uma maior percentagem dos doentes das classes III e IV tinha retomado o trabalho.

Kallio e colaboradores (1979) realizaram um estudo, parte de um projecto da Organização Mundial de Saúde, em que participaram 375 doentes com EAM e menos de 65 anos e cujo objectivo era avaliar os efeitos de uma intervenção multi-factorial (tratamento médico, educação sobre factores de risco e discussão de problemas psicossociais) com a duração de seis meses. A mortalidade cardíaca, avaliada 3 anos depois, foi significativamente menor no grupo de intervenção devido à redução do número de mortes súbitas. Esta redução foi mais pronunciada nos primeiros 6 meses.

Stern e colaboradores (1983) compararam o impacto de três intervenções realizadas durante 12 semanas (aconselhamento em grupo, apenas exercício e cuidados habituais), num grupo de 108 doentes com EAM. Os dois grupos de intervenção apresentaram níveis mais baixos de depressão, menor dependência em relação à família e maior sociabilidade do que os controlos, aos 3 e 6 meses. Os doentes do programa de exercício apresentaram menos fadiga, melhor capacidade de trabalho e níveis mais baixos de ansiedade e os do aconselhamento menos conflitos nas relações aos 3 e 6 meses. Aos 12 meses estas diferenças tinham-se esbatido. Nenhuma das intervenções teve impacto na mortalidade.

Frasure-Smith e Prince (1985) avaliaram a efectividade, num grupo de 461 doentes com EAM, de um programa destinado a reduzir o *stress*, com monitorização telefónica mensal durante 11 meses após a alta. Os doentes eram avaliados antes da alta e contactados uma semana depois. Sempre que a pontuação mensal do GHQ era igual ou superior a 5, uma enfermeira visitava o doente e intervinha junto dele e da família. O programa reduziu os sintomas psicológicos, mas não influenciou o número de reinternamentos e sua duração, avaliados no *follow-up* de

12 meses. A mortalidade por doença cardíaca do grupo de intervenção foi inferior em cerca de 50% da do grupo de controlo. Mantendo o *follow-up* até aos 4 anos, os autores mostraram que o grupo de controlo tinha um número significativamente maior de reenfartes (Frasure-Smith e Prince, 1989). Aos 5 anos a mortalidade foi 3 vezes maior e o risco de reenfarte 1,5 vezes maior no grupo de controlo (Frasure-Smith, 1991).

Burgess e colaboradores (1987) avaliaram o impacto de uma intervenção multi-modal (cognitivo-comportamental, de aconselhamento e de apoio no regresso ao trabalho), com a duração de 3 meses, numa amostra de doentes com EAM. A intervenção reduziu significativamente o nível de perturbação psicológica e de dependência em relação à família no *follow-up* de 3 meses, mas não teve impacto no regresso ao trabalho aos 13 meses.

Mitsibounas e colaboradores (1992) utilizaram, durante um ano, uma intervenção psicossocial com o objectivo de modificar factores de risco coronário, numa amostra de 23 doentes com EAM e menos de 70 anos. Além de psicoterapia de grupo, o programa incluiu um acompanhamento clínico e laboratorial regular de todos os doentes, embora menos intenso no grupo de controlo. Um ano mais tarde sete dos 12 factores de risco tinham sido reduzidos significativamente.

Vários estudos avaliaram intervenções psicológicas integradas em programas de reabilitação pós-alta para doentes com EAM. Oldridge e colaboradores (1991), utilizaram um programa de exercício físico e aconselhamento sobre comportamentos iniciado seis semanas após EAM, em doentes que apresentavam depressão, ansiedade ou ambas. A intervenção melhorou significativamente o estado emocional, a qualidade de vida, a ansiedade e a tolerância ao exercício 8 semanas mais tarde, mas aos 12 meses as diferenças entre os dois grupos tinham desaparecido.

Outros autores (Fridlund *et al.*, 1991) estudaram o efeito de um programa de reabilitação com a duração de 6 meses num grupo de 53 doentes com EAM. O programa incluía uma vertente física e outra psicossocial, esta última dirigida à modificação do estilo de vida e à promoção do suporte social. A intervenção esteve associada com maior satisfação com a vida aos 6 e 12 meses, melhoria significativa na capacidade física, menor número de reenfartes e uma melhor relação afectiva e sexual com o cônjuge aos 12 meses.

Van Elderen-van Kemenade e colaboradores (1994), avaliaram o efeito de uma intervenção durante o internamento (duas sessões de aconselhamento indi-

vidual e duas de grupo) num grupo de 30 doentes com EAM. Os doentes foram monitorizados, mediante contacto telefónico semanal, nas seis semanas depois da alta. Dois meses mais tarde o grupo experimental mostrava maior actividade física e redução dos hábitos alimentares menos saudáveis, resultados que se mantinham aos 12 meses. Os doentes cujo cônjuge participou em maior número de sessões educativas tinham maiores modificações dos comportamentos de risco. Este estudo replicou o de Frasure-Smith e Prince (1985), embora com enfoque na educação para a saúde, em vez de na redução do *stress*, mas não obteve impacto na mortalidade.

Um estudo multicêntrico (Jones e West, 1996) de 2.328 doentes com EAM, avaliou a efectividade de uma intervenção multi-modal que incluiu psicoterapia de grupo, aconselhamento, relaxação e gestão do *stress*. A intervenção realizou-se nas 7 semanas após a alta e envolveu a família. O grupo experimental apresentou uma redução significativa da repetição da dor anginosa e do consumo de medicação e aumento da actividade física, no *follow-up* de 6 meses. Não diferiu, no entanto, do grupo de controlo nos níveis de ansiedade e de depressão. Aos 12 meses de *follow-up* estas diferenças tinham desaparecido.

Black e colaboradores (1998) estudaram o efeito de uma intervenção psicológica, integrada num programa de reabilitação, em 380 doentes internados por EAM, angina, angioplastia ou *by-pass* aorto-coronário. A intervenção consistiu numa avaliação psiquiátrica inicial e uma a sete sessões de psicoterapia comportamental. O *follow-up* de 12 meses mostrou que o nível de depressão foi significativamente reduzido e a percentagem de doentes reinternados tendeu a ser menor no grupo de intervenção.

Outros autores (Allison *et al.*, 2000) estudaram a efectividade de uma intervenção realizada por enfermeiras e destinada a modificar factores de risco em doentes com AI. Seis meses mais tarde o grupo experimental tinha significativamente menos peso, níveis mais baixos de triglicéridos, melhores hábitos alimentares e de exercício e um número menor de complicações cardíacas, de procedimentos para revascularização e de mortes.

Mayou e colaboradores (2002) distribuíram aleatoriamente 114 doentes com EAM em dois grupos, um dos quais recebeu uma intervenção individualizada educativo-comportamental (incluindo o cônjuge) durante e após o internamento. No *follow-up* de 3 meses os doentes do grupo experimental tinham melhor nível

de saúde e de actividade física, maior redução das pontuações da HADS e menos limitações. Aos doze meses estas diferenças tinham desaparecido.

Blumenthal e colaboradores (2005), compararam o efeito de dois tipos de intervenção (exercício aeróbico e gestão de *stress*) com o dos cuidados habituais, num estudo que envolveu 134 doentes com doença coronária estabilizada e idades entre 40 e 84 anos. Os doentes foram distribuídos pelos três grupos em blocos e as intervenções prolongaram-se por 16 semanas, findas as quais os doentes foram reavaliados. Os resultados mostraram que tanto o exercício como a gestão de *stress* melhoraram, significativamente, o nível de sofrimento psicológico, de depressão e a fracção de ejeção ventricular esquerda e reduziram o número de movimentos anormais da parede cardíaca.

Todos os estudos que acabamos de referir mostraram benefícios na utilização de intervenções psicológicas ou psicoeducativas após EAM ou AI. Esses benefícios foram, nalguns estudos, a nível psicológico, noutros a nível da actividade e do regresso ao trabalho, noutros ainda a nível dos factores de risco e da evolução da doença coronária e noutros a nível da mortalidade. No entanto, nos estudos que passaremos a descrever, a intervenção psicossocial não mostrou qualquer benefício.

Horlick e colaboradores (1984), estudaram o impacto de um programa de educação e de discussão ministrado a um grupo de doentes com idade igual ou inferior a 65 anos após EAM. O *follow-up* aos 6 meses não mostrou impacto significativo da intervenção no estado de saúde, nos hábitos tabágicos e no nível de ansiedade e de depressão.

Crowe e colaboradores (1996), seleccionaram um grupo de doentes apresentando sintomas ansiosos e depressivos após um EAM, que podiam participar num programa de reabilitação com exercício e aconselhamento comportamental. A ansiedade diminuiu no pós-alta imediato após a intervenção, mas este efeito era inexistente doze meses mais tarde.

Gallagher e colaboradores (2003) utilizaram uma intervenção que incluiu uma entrevista individual durante o internamento e aconselhamento telefónico durante 6 semanas depois da alta, num grupo de mulheres que tinham sido internadas por EAM, *by-pass* aorto-coronário, angioplastia e angina estável. A intervenção, avaliada doze semanas mais tarde, não teve efeito na depressão, na ansiedade ou no ajustamento social.

Um quarto estudo (Frasure-Smith *et al.*, 1997) monitorizou mensalmente o estado emocional de um grupo de doentes após EAM e utilizou uma intervenção educativa e de apoio, sempre que estes mostravam níveis mais altos de sofrimento psicológico. No *follow-up* de um ano o grupo experimental não mostrou benefício nos homens, mas a mortalidade foi maior nas mulheres.

Face ao grande número de estudos com amostras e metodologias tão diversas, alguns autores procederam a revisões regulares, com o objectivo de estabelecer normas de boa prática clínica. Encontrámos na actual literatura três meta-análises de intervenções psicossociais na CI.

Linden e colaboradores (1996), realizaram uma meta-análise de 23 estudos controlados e aleatorizados sobre o impacto de adicionar uma intervenção psicológica ao programa de reabilitação para CI. As conclusões indicaram que os efeitos sobre o sofrimento psicológico, a tensão arterial, o ritmo cardíaco e a colesterolemia, no conjunto dos estudos avaliados, foram positivos. Os doentes que apenas receberam os cuidados habituais tiveram, no *follow-up* de dois anos, um risco 1,7 vezes maior de mortalidade e 1,84 vezes maior de recorrência da doença cardíaca, benefício que se esbateu posteriormente nos três estudos que prosseguiram o *follow-up*.

Dusseldorp e colaboradores (1999), efectuaram uma meta-análise de 37 estudos com intervenções psicoeducativas, que avaliavam o efeito nos parâmetros cardíacos e na saúde física, excluindo os que se centravam apenas em aspectos emocionais, ou os que não avaliavam a situação cardíaca. A larga maioria destes estudos foi constituída por programas de reabilitação pós-alta, com um grande ênfase na saúde física e na modificação dos factores de risco coronários. Cerca de 1/3 dos estudos revistos foram realizados após *by-pass* aorto-coronário. Os resultados da meta-análise sugeriram redução da mortalidade cardíaca em 34% e do reenfarte em 29%, além de efeitos positivos na tensão arterial, no colesterol, no exercício físico e nos hábitos tabágicos e alimentares. As intervenções que foram efectivas na modificação dos factores de risco também o foram na mortalidade e no reenfarte a longo prazo.

Rees e colaboradores (2004), realizaram uma meta-análise da Cochrane Library com o objectivo de avaliar o efeito de intervenções do tipo da gestão do *stress*, em doentes com EAM, angina de peito, *by-pass* aorto-coronário e angio-

plastia. As intervenções que incluíam psicofármacos foram excluídas da revisão que mostrou, no conjunto dos 36 estudos avaliados, uma redução modesta mas significativa nos níveis de ansiedade e depressão dos doentes do grupo experimental. Os autores não evidenciaram impacto das intervenções na mortalidade total ou apenas cardíaca.

Em resumo, dos 23 estudos agora revistos, 17 evidenciaram diferenças significativas decorrentes das intervenções, 5 não as evidenciaram (Ibrahim *et al.*, 1974; Langosch *et al.*, 1982; Horlick *et al.*, 1984; Crowe *et al.*, 1996; Gallagher *et al.*, 2003) e um estudo mostrou agravamento na evolução das doentes do sexo feminino (Frasure-Smith *et al.*, 1997).

Quanto às meta-análises descritas, importa não esquecer que reviram estudos não só incluindo doentes com EAM e AI mas também *by-pass* aorto-coronário e cirurgia cardíaca, pelo que as suas conclusões se aplicam a uma população heterogénea. Com esta ressalva, todas concluem da vantagem de uma intervenção psicossocial. Em relação às vantagens descritas, duas meta-análises (Linden *et al.*, 1996; Rees *et al.*, 2004) referem melhoria significativa da ansiedade e da depressão e duas (Linden *et al.*, 1996; Dusseldorp *et al.*, 1999) redução da mortalidade, da recorrência de doença cardíaca e de outros aspectos somáticos.

Em conclusão, a evidência científica actual sugere que uma intervenção psicossocial integrada no programa de reabilitação para doença coronária permite melhorar o bem estar psicológico dos doentes. Os resultados são, no entanto, contraditórios quanto ao impacto deste tipo de intervenções na evolução clínica, exigindo a realização de maior número de estudos de intervenção psicossocial na cardiopatia isquémica e de investigação que permita compreender os mecanismos de associação da depressão e da ansiedade com a doença cardíaca.

A depressão major, com uma prevalência de 15 a 25% em doentes que sofreram um EAM (Schleifer *et al.*, 1989; Forrester *et al.*, 1992; Frasure-Smith *et al.*, 1993; Gonzales *et al.*, 1996; Hance *et al.*, 1996; Strik *et al.*, 2004) está actualmente identificada como um factor de risco independente para futuras complicações cardíacas. A utilização de psicofármacos, uma alternativa às intervenções psicossociais descritas, esteve durante muitos anos limitada aos casos mais graves, uma vez que os antidepressivos tricíclicos provocam aumento do ritmo cardíaco e da produção de norepinefrina, hipotensão ortostática e alterações do ritmo cardíaco. Os inibidores


da mono-aminooxidase (IMAO), por outro lado, embora não afectem a condução cardíaca, provocam igualmente hipotensão ortostática e podem desencadear crises hipertensivas, se as restrições alimentares a que obrigam não forem cumpridas. Com o aparecimento dos antidepressivos serotoninérgicos e uma vez estabelecida a ausência de riscos cardíacos, surgiu a possibilidade de experimentar o tratamento sistemático de formas menos graves de depressão em doentes com doença cardíaca comprovada.

Pertencem a esta nova abordagem terapêutica dois estudos multicêntricos publicados recentemente. *Sertraline Anti-Depressant Heart Attack Randomized Trial* (SADHART), um estudo multicêntrico internacional, teve como objectivos avaliar a segurança e a eficácia do tratamento da depressão após EAM e AI com sertralina. De 369 doentes, 189 iniciaram o antidepressivo um mês depois do acidente coronário, enquanto os restantes doentes recebiam um placebo e o tratamento foi mantido durante 24 semanas. A sertralina não apresentou riscos cardíacos para doentes coronários de classes I e II de Killip e mostrou ser muito eficaz em doentes com depressão recorrente e um nível alto de depressão. Foi, no entanto, pouco eficaz em doentes com depressão recorrente menos grave e não produziu efeito nos doentes que apresentavam um primeiro episódio depressivo (Glassman *et al.*, 2002).

The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHHD) foi o maior estudo controlado de avaliação da efectividade de uma psicoterapia (cognitivo-comportamental) após EAM. Abrangeu 2.481 doentes, dos quais 75% com depressão major e minor e 25% com baixo nível de suporte social, recrutados em 8 centros clínicos. A intervenção teve início quatro semanas após o EAM e prolongou-se durante 6 meses, com uma média de 11 sessões individuais com frequência semanal. Se os doentes não melhoravam depois de 5 semanas de psicoterapia, eram medicados com sertralina, posteriormente mantida. Dois anos mais tarde, o grupo experimental apresentou pequena mas significativa melhoria nos sintomas depressivos e no suporte social, que não se traduziu em benefícios de sobrevivência (*The ENRICHHD investigators*, 2003).

Os resultados destes dois estudos só parcialmente confirmaram as hipóteses iniciais, o que levou os investigadores a interrogarem-se sobre as razões de tal facto. Inclusão de maior número de mulheres e de minorias, melhores cuidados cardiológicos e doentes do grupo de controlo tratados mais frequentemente com

antidepressivos, foram apontados como factores importantes que podem ter alterado os resultados e que terão que ser tomados em conta em futuros estudos.

Estão actualmente em curso dois importantes estudos multicêntricos. O *Canadian Randomized Evaluation of Anti-Depressant and psychoTherapy Efficacy* (CREATE) (Frasure-Smith, 2004) pretende avaliar a segurança e eficácia (mas não a sobrevivência) de uma intervenção com psicoterapia interpessoal e citalopram em doentes deprimidos após EAM ou AI e com a situação clínica estabilizada. O *Myocardial Infarction and Depression - Intervention Trial* (MIND – IT) (van den Brink *et al.*, 2002) tem como objectivo avaliar o impacto do tratamento da depressão na evolução da cardiopatia isquémica utilizando um antidepressivo. Espera-se que estes estudos possam contribuir para a clarificação de algumas das questões em aberto, quanto à efectividade de intervenções psicossociais na cardiopatia isquémica. 



PARTE II

A evidência científica anteriormente descrita permite afirmar que as taxas de prevalência de perturbações psiquiátricas em doentes com cardiopatia isquémica aguda são bastante superiores às encontradas na população geral. A presença destas perturbações e de sintomas ou quadros depressivos em particular, está associada a um agravamento subsequente do risco de complicações cardíacas e de mortalidade. Sabemos, por outro lado, que as intervenções psicossociais isoladas ou integradas em programas de reabilitação física têm demonstrado ser efectivas no tratamento dos quadros depressivos e ansiosos no decurso de doença coronária aguda. Embora algumas destas intervenções tenham conseguido modificar factores de risco para a doença cardiovascular e mostrado redução do risco de morbilidade somática e de mortalidade, não existe neste momento evidência suficiente desse efeito.

Estes pressupostos constituíram a base científica a partir da qual o estudo aqui apresentado se organizou.

🌀 OBJECTIVOS

II 1.1.

O presente trabalho teve como finalidade contribuir para o conhecimento da prevalência de perturbações psiquiátricas em doentes que sofreram um acidente coronário agudo e testar a efectividade de uma intervenção de Psiquiatria de Ligação (PL) realizada no período de internamento hospitalar destes doentes.

Os objectivos específicos deste estudo foram:

1. Proceder à caracterização sociodemográfica, psiquiátrica e clínica de uma amostra de doentes que sofreram um acidente coronário agudo, nos primeiros dias de internamento numa unidade de cuidados intensivos, e determinar a prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e cognitivos nestes doentes.
2. Descrever a evolução dos sintomas depressivos e ansiosos ao longo dos 6 meses posteriores ao internamento inicial.
3. Avaliar a efectividade de uma intervenção de PL realizada durante o período de internamento hospitalar na prevenção e tratamento dos sintomas

depressivos e ansiosos ao longo dos 6 meses subsequentes à alta hospitalar.

4. Avaliar o efeito da redução da sintomatologia depressiva e ansiosa na evolução de alguns indicadores da doença coronária no mesmo espaço de tempo.

II 1.2.

HIPÓTESES

As hipóteses a confirmar pelo presente estudo foram as seguintes:

1. O grupo de doentes internados por acidente coronário agudo deverá apresentar no período subsequente a este acidente uma prevalência elevada de sintomas de depressão e de ansiedade.
2. Será de esperar que a prevalência de sintomas de depressão e de ansiedade se mantenha significativamente elevada nos 6 meses após a alta.
3. É de prever que uma intervenção de PL, realizada durante o período de internamento hospitalar de doentes coronários agudos com sintomatologia psiquiátrica, contribua para uma redução significativa dos níveis de depressão e de ansiedade nos 6 meses posteriores à intervenção.
4. É igualmente de prever que essa intervenção contribua para uma melhoria significativa da qualidade de vida dos mesmos doentes.
5. É, finalmente, de prever que, através da redução dos sintomas emocionais, a intervenção de PL contribua para uma melhor evolução posterior de alguns aspectos da doença coronária.

II 1.3.

MÉTODOS

II 1.3.1.

DESENHO DO ESTUDO

Com base nos objectivos propostos, optámos por realizar um estudo experimental, controlado, com dois grupos de doentes escolhidos de forma aleatória, um que beneficiou de uma intervenção de PL durante o período de internamento hospitalar e outro que recebeu os cuidados normalmente oferecidos pelo serviço de internamento.

Variáveis de eficácia – As variáveis seleccionadas para medir o efeito da intervenção de PL compreenderam duas variáveis psicológicas – Ansiedade e Depressão –, a variável Qualidade de Vida, a variável Ajustamento Social e diversas variáveis relacionadas com a evolução da doença coronária (sobrevivência, número de reinternamentos, de dias de reinternamento e de baixa, repetição da dor anginosa e regresso ao trabalho durante o período de *follow-up*).

POPULAÇÃO

II 1.3.2.

A amostra populacional incluiu todos os doentes internados consecutivamente durante um ano na Unidade para Tratamento Intensivo de Coronários-Arsénio Cordeiro (UTIC-AC), Hospital de Santa Maria, Lisboa, que obedeceram aos seguintes critérios:

- Pertencerem a ambos os sexos
- Idades compreendidas entre os 40 e os 70 inclusivé
- Diagnóstico de entrada de
 - Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) Classes I e II de Killip, ou
 - Angina Instável (AI)
- Morada de residência na área de Lisboa ou Grande Lisboa

O diagnóstico de EAM foi definido pela presença de 2 dos 3 seguintes critérios: dor pré-cordial típica, enzimologia positiva e aparecimento de novas ondas Q no ECG. As classes de Killip avaliam a gravidade da falência cardíaca e são um bom predictor de mortalidade em doentes com EAM. Pertenceram à classe I os doentes que não tiveram manifestações clínicas de estase pulmonar, à classe II os que tiveram estase pulmonar moderada (presença de galope ventricular ou fêvres crepitantes até um terço de ambas as bases), à classe III os que sofreram edema pulmonar agudo e à classe IV os que estiveram em choque cardiogénico com ou sem edema pulmonar agudo (Laureano Santos, 1991).

O diagnóstico de AI foi realizado sempre que existia dor pré-cordial típica, persistindo para além de 20 minutos, não estando presentes os outros critérios de diagnóstico para EAM (Laureano Santos, 1991).

Os critérios de exclusão incluíam impossibilidade de avaliação nas primeiras

48 horas internamento, iliteracia e ausência de fluência em português.

Os doentes que preencheram estes critérios foram contactados por um membro da equipa de investigação. Foi-lhes explicado que estava em curso um estudo sobre os aspectos psicológicos na doença coronária que iria envolver várias avaliações, tanto durante o internamento como nos seis meses seguintes. As avaliações consistiriam na colheita de dados gerais e de saúde e no preenchimento de várias escalas. Antes da alta seria igualmente pedida a colaboração do cônjuge ou de um familiar próximo. Foi também explicado que a recusa em participar não influenciaria a prestação dos cuidados hospitalares e garantida confidencialidade sobre informação recolhida. Após discussão em mais detalhe do protocolo e esclarecimento de quaisquer dúvidas existentes foi pedido o consentimento verbal do doente.

II 1.3.3. **DESCRIÇÃO DA UNIDADE**

A UTIC-AC, no Hospital de Santa Maria, local onde este estudo se realizou, era na altura constituída por duas partes: 1) uma unidade de cuidados intensivos com 6 camas, cada uma separada das outras por parede, permitindo privacidade dos doentes; 2) uma unidade intermédia, com 2 salas cada uma com 6 camas, para doentes do sexo masculino e outra sala com 4 camas, para doentes do sexo feminino. Os doentes permaneciam em média 3 dias na unidade de cuidados intensivos e eram posteriormente transferidos para a unidade intermédia, de onde tinham alta. O tempo total de internamento da UTIC-AC era, em média, de 14 dias.

II 1.3.4. **PROCEDIMENTOS**

II 1.3.4.1. **PRIMEIRA AVALIAÇÃO**

Durante o período compreendido entre Janeiro de 1993 e Janeiro de 1994, com uma interrupção de mês e meio no Verão de 1993, 170 doentes preencheram os critérios de inclusão do estudo. Dessa amostra, 24 doentes não foram incluídos

por não ter sido possível levar a cabo a primeira avaliação nas 48 horas iniciais, 3 por não falarem fluentemente português e 4 por terem recusado participar. Ficámos assim com uma amostra de 139 doentes.

Estes 139 doentes foram alvo de uma primeira entrevista durante as 48 horas iniciais de internamento na qual foram colhidos dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, situação profissional, com quem viviam, nível de educação) e informação sobre aspectos de saúde: antecedentes de doença somática (história de EAM, HTA, diabetes, dislipidémia, insuficiência e transplante renal, neoplasia e *by-pass* aorto-coronário) e de perturbação psiquiátrica (história de sintomas psiquiátricos e tomada regular de psicofármacos). Procedeu-se igualmente à primeira avaliação (*baseline*) das variáveis relacionadas com sintomas psicológicos, perturbações cognitivas e nível de ajustamento social mediante a utilização dos seguintes instrumentos:

1. *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond, Snaith, 1983) para medição dos níveis de ansiedade e depressão
2. *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Folstein *et al.*, 1975) para detecção de perturbações cognitivas
3. *Social Problems Questionnaire* (SPQ) (Clare, Cairns, 1978) para avaliação do nível de ajustamento social

A 1ª avaliação permitiu a classificação dos doentes como *casos* ou *não casos*. Os doentes foram considerados *casos* quando a pontuação numa das subescalas da HADS foi igual ou superior a 8. Os restantes doentes foram considerados *não casos*.

Durante o internamento na UTIC-AC houve necessidade de excluir mais 10 doentes devido a:

- Evolução do Enfarte para Classes III e IV de Killip em 2 casos
- Não confirmação do diagnóstico de entrada em 7 casos
- Avaliação inicial incompleta em 1 caso

Restou, finalmente, uma amostra de 129 doentes. Com base na 1ª avaliação, 72 foram considerados *casos* e 57 *não casos*. Os doentes considerados *casos* foram aleatoriamente distribuídos pelo Grupo de Intervenção (GI) (37) e pelo Grupo de Controlo (GC) (35). Esta distribuição realizou-se na base de 1:1, tendo o primeiro doente pertencido ao GC. Sempre que existiu qualquer impedimento da autora (que realizou a intervenção), os doentes foram consecutivamente incluídos no GC. Imediatamente após o retomar da actividade, igual número de *casos* foi incluído

no GI. Logo que os números nos dois grupos estavam equilibrados retomou-se a distribuição 1:1.

II 1.3.4.2.

AVALIAÇÃO ANTES DA ALTA

A 2ª avaliação realizou-se entre o 10º e o 12º dia de internamento, na larga maioria dos casos ainda durante o internamento e próximo da alta. Nesse momento a intervenção no GI já tinha terminado na maior parte dos doentes. Foi de novo aplicada a HADS e agora também o *Nottingham Health Profile* (NHP) (Hunt, McKenna e McEwen, 1986) destinado a avaliar a qualidade de vida. Escolheu-se este momento para a avaliação da qualidade de vida por se tratar de uma fase em que estava prestes a alta. Obteve-se assim uma cotação que era passível de ser comparada com as cotações aos seis meses de *follow-up* de forma a quantificar a evolução da qualidade de vida.

Avaliámos com a HADS, sempre que possível, os níveis de ansiedade e depressão do cônjuge ou, no caso de doentes viúvos ou separados/divorciados, do familiar mais próximo (filho, irmão) que tinha participado na sessão de informação sobre doença coronária, comportamentos de risco e sua modificação. A avaliação dos níveis de ansiedade e depressão dos familiares teve como objectivo poder comparar o GI e o GC num aspecto do suporte familiar.

II 1.3.4.3.

AVALIAÇÕES APÓS A ALTA

Depois da alta realizaram-se mais 3 avaliações, que tiveram lugar ao longo dos 6 meses posteriores ao acidente isquémico agudo.

A 3ª avaliação realizou-se ao mês e meio e consistiu na aplicação da HADS, do NHP e do SPQ apenas ao doente.

A 4ª avaliação, realizada aos três meses, foi semelhante à 3ª.

A 5ª avaliação consistiu no preenchimento pelo doente, aos seis meses de evolução, da HADS, do NHP e do SPQ, e foi complementada com um contacto pessoal (na grande maioria dos casos, através do telefone), para a colheita dos seguintes dados:

- Sobrevivência
- Número de reinternamentos e total de dias de reinternamento

- Número de dias de baixa
- Regresso ao trabalho
- Existência de dor anginosa repetida durante o período pós-alta

As avaliações iniciais (1ª e 2ª) foram realizadas por investigadoras independentes (alunas de Medicina e internas da especialidade de Psiquiatria) em relação à intervenção terapêutica.

As avaliações após a alta (3ª, 4ª e 5ª) foram, na maioria dos casos, enviadas pelo correio, acompanhadas de instruções e de um envelope selado que permitia a devolução. Os doentes eram contactados telefonicamente no caso das escalas não serem devolvidas dentro de uma semana. Sempre que o doente se deslocava ao hospital, para consulta ou para qualquer exame complementar em momento coincidente com o das avaliações, os questionários eram entregues pessoalmente e preenchidos no hospital.

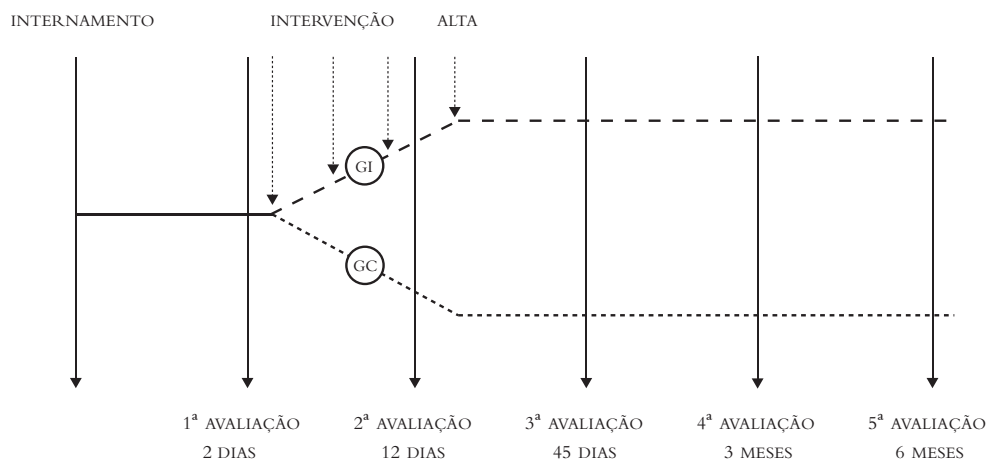


Fig. 1 - Desenho do Estudo

INSTRUMENTOS¹

II 1.3.5.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

(Folstein *et al.*, 1975)

Este questionário foi originalmente desenhado para a avaliação rápida do estado mental, permitindo diferenciar perturbações orgânicas e funcionais em doentes psiquiátricos. Utilizações posteriores mostraram a sua utilidade na detecção

¹ Em 1992 a autora e colaboradoras realizaram em vários serviços do Hospital de Santa Maria, entre os quais a UTIC-AC, um estudo de detecção da prevalência pontual de morbilidade psiquiátrica em doentes internados. Houve então possibilidade de testar alguns instrumentos de avaliação e sua aplicabilidade a uma população intra-hospitalar com situações somáticas graves.

de perturbações cognitivas transitórias, como as que podem ocorrer no decurso de uma doença somática, e demenciais. Tornou-se a escala mais utilizada mundialmente para detecção de perturbações cognitivas.

A primeira parte do MMSE exige apenas respostas verbais, abrange orientação, memória e atenção e a cotação máxima é 21. A segunda parte avalia a capacidade de nomear objectos, executar ordens verbais e escritas, escrever espontaneamente uma frase e copiar um polígono complexo. Tem uma pontuação máxima de 9. A aplicação de MMSE exige conhecimento das suas instruções (Ver Apêndices). O seu manejo e cotação são fáceis e o tempo de aplicação é de 5 a 10 minutos. A pontuação total varia de 0 a 30, com valores mais baixos significando maior grau de perturbação cognitiva. A pontuação média para uma população sem perturbação cognitiva é de 27,6 e o ponto de corte do MMSE situa-se em 23 para a existência de disfunção cognitiva. A consistência interna variou entre 0,82 e 0,84 e a fiabilidade para teste-reteste foi de $r=0,75$ a 0,9 para doentes demenciados e $r=0,64$ a 0,85 para doentes idosos não demenciados. Mostrou uma boa correlação quando comparado com a *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS) (Folstein *et al.*, 1975).

O MMSE tem no entanto alguns óbices: iliteracia ou baixo grau de escolaridade podem interferir na cotação, uma vez que inclui alíneas de leitura, escrita e perguntas de cultura geral. Por esse facto decidimos utilizar a versão adaptada à população portuguesa (Guerreiro *et al.*, 1994) e utilizar os pontos de corte por ela propostos de acordo com o nível de escolaridade: 15/16 para analfabetos, 22/23 para 1 a 11 anos de escolaridade e 27/28 para escolaridade superior a 11 anos (Guerreiro *et al.*, 1994). Uma vez que os critérios de exclusão utilizados no presente estudo incluíam analfabetismo, utilizámos apenas o 2º e 3º pontos de corte. Todos os membros da equipa de investigação foram treinados na sua aplicação.

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

(Zigmond e Snaith, 1983)

A HADS é uma escala de auto-resposta, que consta de 14 perguntas versando alternadamente ansiedade e depressão e cuja resposta supõe quatro graus de intensidade (de 0 a 3). O seu preenchimento é fácil e demora cerca de 5 minutos. Foi pela primeira vez testada num grupo de indivíduos de ambos os sexos com doença somática e avaliados em consulta de Medicina. Em relação a escalas clássicas como

as de Beck e de Hamilton, tem a vantagem de nela terem sido abolidas as perguntas respeitantes a sintomas somáticos de ansiedade e depressão, o que no presente estudo poderia levar à detecção de falsos positivos. Comparativamente ao GHQ, uma das escalas mais utilizadas para detecção de casos psiquiátricos, a HADS, além de ser mais curta que as versões daquele mais correntemente utilizadas, tem ainda a vantagem de identificar separadamente os casos de depressão e de ansiedade.

A consistência interna da escala, calculando as correlações (Spearman) entre cada pergunta e a pontuação das restantes perguntas, mostrou valores entre +0,76 a +0,41 para a subescala da ansiedade e significância de $p < 0,01$, e de +0,60 a +0,30 para a subescala da depressão, $p < 0,02$ (Zigmond e Snaith, 1983). A sua cotação faz-se segundo as duas subescalas, dando pontuações separadas para a ansiedade e para a depressão que variam de 0 a 21. Situações mais sintomáticas têm pontuações mais altas. Mantivemos o limiar proposto pelos autores (um mínimo de 8 pontos) em qualquer das subescalas para considerarmos o caso positivo. Uma pontuação de 8-10 numa das subescalas sugere sintomatologia ligeira e de 11 ou mais, moderada a grave. Nas instruções dadas aos doentes quanto ao preenchimento da escala foi especificado que o período de tempo avaliado era a semana anterior.

A validade da HADS foi estabelecida comparando a pontuação de cada subescala (Spearman) com a de uma entrevista clínica e os resultados foram de $r = 0,70$ para a depressão e de $r = 0,74$ para a ansiedade, para uma significância de $p < 0,001$. Estes resultados confirmaram igualmente que as pontuações das duas subescalas podiam ser utilizadas como indicadores da gravidade do quadro (Zigmond e Snaith, 1983). A HADS total e as suas subescalas mostraram uma excelente fiabilidade teste-reteste, para um período de 6 meses em doentes com cardiopatia isquémica (Martin *et al.*, 2003).

Vários estudos realizados na cardiopatia isquémica (Lewin *et al.*, 1992; Conway *et al.*, 1994; Mayou *et al.*, 2000; Strik *et al.*, 2004) confirmaram que a HADS é um instrumento comparável a outras escalas como o BDI e a GHQ. Está neste momento traduzida e validada para várias línguas entre as quais uma versão brasileira da HADS (Botega *et al.*, 1995), mas continua a não existir versão portuguesa.

A versão por nós utilizada em 1993-94, uma vez que não existia na altura nenhuma versão validada para português, resultou da tradução consensual da versão original por um grupo de três tradutores (Apêndices).

NOTTINGHAM HEALTH PROFILE (NHP)

(Hunt, McKenna, McEwen, 1986)

O NHP é uma escala de auto-preenchimento que avalia a qualidade de vida, através do impacto dos problemas de saúde existentes nas actividades de vida quotidiana. É constituída por duas partes, a primeira das quais com 38 perguntas, abrange seis dimensões da qualidade de vida (dor, energia, mobilidade física, sono, isolamento social e reacções emocionais). A cada pergunta é atribuído um quociente que confere o peso da pergunta na dimensão a que pertence. A segunda parte tem apenas 7 perguntas gerais, abrangendo grandes áreas da vida normal. A resposta às perguntas faz-se por *sim/não* e demora habitualmente 5 a 15 minutos. É uma escala das mais simples e curtas na avaliação da qualidade de vida (Kaplan, 1988). Tem uma limitação que decorre da formulação das perguntas só permitir resposta pela afirmativa ou negativa, impedindo dessa forma uma avaliação gradativa ao longo do tempo. A pontuação foi considerada separadamente para as duas escalas incluídas. Cada dimensão da 1ª parte tem uma pontuação de 0 a 100 e a 2ª parte de 0 a 7, com valores mais altos significando pior qualidade de vida. A sua consistência interna variou entre 0,90 e 0,94 e a fiabilidade para teste-reteste (Spearman) é boa, variando entre $r=0,77$ a $0,85$ para as várias dimensões da parte I e de $C=0,44$ a $0,86$ (Cramer) para as várias áreas da parte II, para $p<0,001$, em populações com doenças crónicas estáveis (McEwen, 1993).

O NHP foi utilizado em inúmeros protocolos de investigação (encontraram-se 668 referências na PubMed) nas mais diversas situações clínicas, entre as quais acidente vascular cerebral (Ebrahim *et al.*, 1986), transplante cardíaco e pulmonar (O'Brien *et al.*, 1988), fractura do colo do fémur (Borgquist *et al.*, 1992), enfarte agudo do miocárdio (Wiklund *et al.*, 1989). Está neste momento traduzida e validada para várias línguas e, recentemente, para português (Ferreira e Melo, 1999).

A versão por nós utilizada em 1993-94, uma vez que não existia na altura nenhuma versão validada para português, resultou da tradução consensual da versão original por um grupo de três tradutores (Apêndices).

SOCIAL PROBLEMS QUESTIONNAIRE (SPQ)

(Clare e Cairns, 1978)

Este questionário é constituído por 21 perguntas abordando 7 áreas do ajustamento social: habitação, emprego, situação económica, relações sociais, relações

familiares alargadas, relação conjugal e relação com os filhos menores. Trata-se de uma escala de tipo Lickert, com pontuação de 0 a 3 para cada pergunta, com pontuações mais altas indicando pior ajustamento social. Avalia as condições materiais, sua gestão e o grau de satisfação do indivíduo nas diferentes áreas e foi inicialmente usada por assistentes sociais. Neste estudo, a 1ª avaliação com o SPQ foi realizada por investigadoras e as seguintes por auto-preenchimento. Escolhemos esta escala por ser, dentro das que conhecemos, uma das mais simples e de aplicação rápida (cerca de 5 minutos). A cotação pode fazer-se, segundo os autores, de duas formas diferentes: a primeira consiste em contar o total de perguntas em que a pontuação é 2 ou 3; a segunda, realizando o mesmo procedimento para cada área de ajustamento social (condições materiais, gestão das condições e satisfação). Optámos pela primeira forma de contagem por permitir obter um valor total único.

Uma limitação importante desta escala decorre do facto de não permitir avaliar uma melhoria na satisfação do ajustamento social no caso de ele ser satisfatório (0) ou ligeiramente insatisfatório (1).

Utilizámos uma versão da escala obtida pela tradução seguida de retroversão, validada pelos autores e gentilmente cedida por António Barbosa (Apêndices).

Todos os instrumentos utilizados estavam acompanhados de instruções para o seu preenchimento, mas existiu sempre possibilidade de esclarecer quaisquer dúvidas na altura do seu primeiro preenchimento, durante o internamento.

INTERVENÇÃO

II 1.3.6.

Os doentes do GI foram alvo de uma intervenção psiquiátrica realizada pela autora, psiquiatra de Ligação desde 1984 da UTIC-AC. Esta intervenção desenvolveu-se durante o período de internamento e teve como finalidades:

1. Avaliar a situação psicopatológica existente, de forma a permitir obter uma compreensão dinâmica da situação vivencial e a formular um plano terapêutico.
2. Detectar áreas de maior sofrimento psíquico e emocional, de forma a tornar possível a verbalização desse sofrimento.
3. Tranquilizar sempre que possível, através da discussão activa de problemas de ordem prática criados pelo internamento inesperado.

4. Informar acerca da evolução habitual da situação clínica, dando ideia do desenvolver no tempo das várias etapas da convalescença e do regresso ao trabalho.
5. Aconselhar quanto a comportamentos de risco (tabaco, obesidade, falta de exercício, não adesão terapêutica, excesso de trabalho).
6. Quando necessário, instituir medicação psicotrópica de acordo com o quadro clínico presente.
7. Fortalecer a relação médico-doente, facilitando e promovendo o diálogo com a equipa cuidadora durante a estadia hospitalar e com o médico assistente depois da alta.

A intervenção terapêutica esteve organizada no tempo de uma forma que se procurou homogénea. Deste modo, todos os doentes do grupo de intervenção foram objecto de pelo menos três entrevistas distribuídas no tempo da seguinte forma:

- Primeira entrevista até ao 4º dia inclusivé, para avaliar a situação clínica e as capacidades adaptativas do doente, estabelecer um diagnóstico e implementar as medidas terapêuticas adequadas;
- Segunda entrevista entre o 5º e o 7º dias;
- Terceira entrevista entre o 10º e o 12º dias, com o doente e o cônjuge ou, na sua impossibilidade, um familiar próximo. Esta entrevista destinou-se, em primeiro lugar, a envolver a família no processo, mas permitiu também discutir factores de risco e aconselhar comportamentos que pudessem melhorar o prognóstico e a qualidade de vida.

Nalguns casos, no entanto, quer porque a situação clínica o requeresse, quer porque o internamento se prolongasse, o número de entrevistas foi maior.

Sempre que esteve indicado, o doente foi referenciado no momento da alta para o seu médico assistente ou para consulta de Psiquiatria, com uma carta descrevendo o quadro sintomático e sugerindo um plano terapêutico para depois da alta.

II 1.3.7.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A comparação dos aspectos sociodemográficos e clínicos das amostras dos doentes do sexo feminino e masculino e do GI e GC decorrentes da primeira avaliação e das avaliações subsequentes foi realizada com o teste t de Student para as variáveis quanti-

tativas e com o teste do Qui quadrado para as variáveis qualitativas, utilizando-se 0,05 como o valor limite para a existência de significância. A comparação do GI e do GC foi repetida com as amostras dos mesmos grupos no momento da alta, para confirmar que os dois grupos eram comparáveis quanto à gravidade da doença coronária e ao número de dias de internamento.

Comparámos com o teste do Qui quadrado o número de doentes com pontuações iguais ou superiores a 8 nas subescalas da Depressão e da Ansiedade (HADS) do GI e do GC aos seis meses de *follow-up*.

Para avaliar o impacto da intervenção na Depressão medida pela subescala da HADS, utilizámos a análise de covariância (ANCOVA) das pontuações de Depressão aos 6 meses utilizando as pontuações do *baseline* como covariável. Utilizámos apenas os doentes que tivessem preenchido a subescala de Depressão nas duas ocasiões. A análise de covariância é uma técnica estatística utilizada para controlar a influência de uma variável confundente. Neste caso achámos mais correcto utilizar este tipo de análise para controlar a influência da pontuação basal da Depressão (covariável) no resultado aos seis meses de *follow-up*.

Idêntica análise de covariância foi realizada para as pontuações da subescala de Ansiedade da HADS, utilizando apenas os doentes que tivessem pontuações iniciais e aos seis meses de *follow-up* e a pontuação basal como covariável.

Calculámos a mudança entre o início e o fim do estudo na pontuação da Depressão da HADS, subtraindo a pontuação obtida na 5ª avaliação da obtida na 1ª avaliação em cada um dos grupos. Comparámos a média da diferença obtida no GI e no GC utilizando a análise de covariância (ANCOVA), utilizando a pontuação inicial como covariável. Esta análise destinou-se também a comprovar o resultado da anterior análise de covariância.

Executámos idêntico cálculo e análise em relação às pontuações da Ansiedade da HADS obtidas inicialmente e aos seis meses.

Realizámos a análise de covariância (ANCOVA) em relação às pontuações de cada dimensão da 1ª parte do NHP (depois de aplicado o quociente corrector para cada pergunta) aos 6 meses utilizando as pontuações da avaliação feita antes da alta (2ª avaliação) como covariáveis. A pontuação total da 2ª parte do NHP foi alvo do mesmo tratamento estatístico. Também aqui utilizámos apenas os doentes que tinham sido avaliados em ambas as ocasiões. Utilizámos a análise de variância

para medidas repetidas (ANOVA-R) para comparar as pontuações seriadas da Depressão, da Ansiedade e das várias dimensões da qualidade de vida (NHP).

De forma a confirmar e complementar as análises estatísticas descritas, comparamos em cada avaliação as pontuações do GI e GC obtidas com o HADS, NHP e SPQ com o teste t de Student e o número de doentes com pontuação igual ou superior a 8 nas subescalas da Depressão e da Ansiedade com o teste do Qui quadrado.

Utilizámos uma abordagem do tipo da “intenção para tratar”, incluindo na análise todos os doentes aleatorizados que verificassem todos os critérios de inclusão e exclusão e em que se tenha obtido pelo menos uma avaliação de eficácia.

Todas as análises foram realizadas com o programa Systat 10[®] para Windows.

II 1.4.

ASPECTOS ÉTICOS

O protocolo do estudo foi submetido à Comissão de Ética do Hospital de Santa Maria, tendo recebido parecer positivo.

Nele ficou estabelecido que todos os doentes que apresentassem em qualquer momento limitações marcadas na sua rotina diária devido a sintomas emocionais, ou apresentassem risco de suicídio seriam retirados do estudo e referenciados para tratamento.

Informação recolhida	2 dias	12 dias	45 dias	3 meses	6 meses
Dados sociodemográficos	x				
Dados clínicos	x	x			x
HADS	x	x	x	x	x
SPQ	x		x	x	x
NHP		x	x	x	x

Fig. 2 - Escalonamento no tempo da colheita de dados e da avaliação com escalas

HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale
 SPQ = Social Problems Questionnaire
 NHP = Nottingham Health Profile

✧ CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

II 2.1.

AMOSTRA INICIAL (TABELAS 1 E 2)

II 2.1.1

A amostra populacional preenchendo todos os critérios de inclusão integrava 139 doentes. Esta amostra, submetida à 1ª avaliação, sofreu uma redução de 10 doentes durante o internamento, devido aos seguintes factores:

- 1 por a avaliação inicial estar incompleta
- 9 por o diagnóstico inicial não se ter confirmado

A amostra final de 129 doentes era composta por 105 indivíduos do sexo masculino e 24 do sexo feminino, 91 (70,5%) doentes tinham diagnóstico confirmado de Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) (classes I e II de Killip) e 38 (29,5%) de Angina Instável. A amostra tinha uma idade média de $57,6 \pm 8,5$ anos, 103 (80,4%) doentes eram casados e 75 (58,1%) estavam profissionalmente activos. Dentro do grupo dos inactivos, 46 (35,7%) estavam reformados, 4 desempregados e 4 na situação de baixa. Quanto ao nível educacional, 18 (14,1%) doentes tinham completado um curso superior, 34 (26,6%) o liceu, 50 (39,1%) o ensino básico e 26 (20,2%) tinham ensino básico incompleto. Cento e três doentes (80,6%) viviam com o cônjuge, 9 (7%) com os filhos ou outros membros da família e 8 (6,3%) viviam sós. Trinta e seis doentes (27,9%) referiram história de sintomatologia psiquiátrica e 48 (37,2%) tomavam regularmente psicofármacos, na larga maioria benzodiazepinas para induzir o sono.

II 2.1.2. PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS E COGNITIVAS E AJUSTAMENTO SOCIAL (TABELA 3)

A aplicação da HADS permitiu detectar 69 doentes (53,5%) com uma pontuação ≥ 8 na subescala da Ansiedade e 27 (20,9%) com uma pontuação ≥ 8 na subescala da Depressão. O número de doentes preenchendo os critérios para Ansiedade e/ou Depressão foi de 72 (55,8%), com 24 (18,6%) doentes apresentando os dois tipos de perturbação. Apenas 12 (9,3%) doentes apresentavam perturbação cognitiva detectada pelo MMSE, com valores entre 16 e 26. A perturbação cognitiva foi mínima em 6 doentes e ligeira a moderada nos outros 6.

O nível de ajustamento social obtido com a pontuação do SPQ foi em média $2,5 \pm 2,4$.

II 2.1.3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM O GÉNERO (TABELAS 1, 2 E 3)

Os doentes do sexo masculino eram significativamente mais novos ($56,8 \pm 8,7$ versus $61,1 \pm 6,6$ anos, $t=2,3$, $p=0,02$), mais frequentemente casados ($84,7$ vs. $62,5\%$, $\chi^2=10,9$, $p=0,01$) e activos profissionalmente ($63,8$ vs. $33,3\%$, $\chi^2=9,7$, $p=0,002$) e uma maior percentagem tinha terminado o liceu ou um curso superior ($47,1$ vs. $12,6\%$, $\chi^2=40,0$, $p=0,001$) quando comparados com os do sexo feminino. Uma percentagem significativamente maior de doentes do sexo feminino tomava psicofármacos ($62,5$ vs. $31,4\%$, $\chi^2=8,1$, $p=0,004$).

Os doentes do sexo feminino apresentavam pontuações médias significativamente mais altas na subescala da Ansiedade ($10,1 \pm 4,3$ vs. $8,1 \pm 3,9$, $t=-2,2$, $p=0,03$) e na subescala da Depressão ($6,5 \pm 4,9$ vs. $4,3 \pm 3,4$, $t=-2,7$, $p=0,008$) quando comparados com os do sexo masculino. Uma percentagem significativamente maior de doentes do sexo feminino ($41,7$ vs. $15,2\%$, $\chi^2=8,5$, $p=0,004$) tinha uma pontuação ≥ 8 na subescala da depressão.

Os dois grupos não diferiam em nenhuma das outras variáveis sociodemográficas, clínicas e sintomatológicas.

TABELA 1.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA INICIAL

Variável	Amostra total (n=129)	Mulheres (n=24)	Homens (n=105)	Teste	p
Idade m (dp)	57,6 (8,5)	61,1 (6,6)	56,8 (8,7)	t=-2,3	0,02
Situação marital (%)					
Casados	104 (80,6)	15 (62,5)	89 (84,7)	$\chi^2=10,9$	0,01
Solteiros	3 (2,3)	1 (4,2)	2 (1,9)		
Divorciados/separados	8 (6,2)	1 (4,2)	7 (6,7)		
Viúvos	14 (10,9)	7 (29,1)	7 (6,7)		
Sit. Habitacional (%)★					
Vivendo sós	8 (6,3)	1 (4,4)	7 (6,7)	$\chi^2=9,4$	0,03
Com cônjuge	103 (80,4)	16 (69,5)	87 (82,8)		
Com filhos	9 (7,0)	5 (21,7)	4 (3,8)		
Outra	8 (6,3)	1 (4,4)	7 (6,7)		
Educação (%)★					
Curso superior	18 (14,1)	2 (8,4)	16 (15,4)	$\chi^2=40,0$	0,001
Liceu	34 (26,6)	1 (4,2)	33 (31,7)		
Educação básica	50 (39,1)	5 (20,8)	45 (43,3)		
Básico incompleto	26 (20,2)	16 (66,6)	10 (9,6)		
Sit. Profissional (%)					
Activos	75 (58,1)	8 (33,3)	67 (63,8)	$\chi^2=9,7$	0,002
Baixa	4 (3,1)	0	4 (3,8)		
Desempregados	4 (3,1)	0	4 (3,8)		
Reformados	46 (35,7)	16 (66,7)	30 (28,6)		

Teste t Student e Qui quadrado (Teste de Fisher quando valores ≤ 5)

★ n=128, homens n=104

TABELA 2.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA AMOSTRA INICIAL

Variável	Amostra total (n=129)	Mulheres (n=24)	Homens (n=105)	Qui quadrado	p
EAM (%)	91 (70,5)	14 (58,3)	77 (73,3)	2,1	0,15
EAM prévio (%)★	35 (27,6)	6 (26,1)	29 (27,9)	0,1	0,80
Antecedentes psiquiátricos (%)	36 (27,9)	10 (41,7)	26 (24,8)	2,8	0,10
A tomar psicofármacos (%)	48 (37,2)	15 (62,5)	33 (31,4)	8,1	0,004

★ n=127 (Mulheres n=23, Homens n=104); percentagens entre parêntesis

TABELA 3.

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO TRANSVERSAL DA AMOSTRA INICIAL

Escala	Amostra total (n=129)	Mulheres (n=24)	Homens (n=105)	Teste	p
HADS:					
Depressão m (dp)	4,7 (3,8)	6,5 (4,9)	4,3 (3,4)	t=-2,7	0,008
Nº doentes ≥ 8	27 (20,9%)	10 (41,7%)	16 (15,2%)	χ²=8,0	0,004
Ansiedade m (dp)	8,5 (4,1)	10,1 (4,3)	8,1 (3,9)	t=-2,23	0,03
Nº doentes ≥ 8	69 (53,5%)	15 (62,5%)	53 (50,5%)	χ²=1,1	0,29
MMSE m (dp)	26,9 (3,3)	26,3 (4,0)	27,0 (3,1)	t=1,0	0,32
Nº doentes com perturbação cognitiva	12 (9,3%)	3 (12,5%)	9 (8,6%)	χ²=0,4	0,7
SPQ m (dp) ★	2,5 (2,4)	3,2 (2,9)	2,4 (2,3)	t=-1,4	0,17

Teste t Student e Qui quadrado (Teste de Fisher quando valores ≤5)

★Mulheres n=23, Homens n=101

☞ CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DOS GRUPOS DE INTERVENÇÃO E DE CONTROLO (TABELAS 4 E 5)

II 2.2.

De acordo com a metodologia anteriormente descrita, os 129 doentes foram divididos em *casos* (n=72) e *não casos* (n=57) e os *casos* foram distribuídos pelos Grupo de Intervenção (GI) (n=37) e Grupo de Controlo (GC) (n=35).

O GI e o GC não apresentavam diferenças significativas quanto à idade e em ambos os grupos predominavam doentes do sexo masculino, casados, tendo completado o ensino básico e vivendo acompanhados (ver Tabela 4).

Em relação às características clínicas, predominavam tanto no GI como no GC doentes com o diagnóstico de EAM, sem antecedentes de EAM, não referindo história de sintomatologia psiquiátrica e não tomando regularmente psicofármacos (ver Tabela 5).

A comparação do GI com o GC não mostrou diferença em nenhuma das variáveis sociodemográficas e clínicas. No entanto, pelo facto de haver um valor próximo da significância estatística na situação laboral ($\chi^2=3,2$, $p=0,08$), mas alguns dos valores serem ≤ 5 , repetimos a análise aglomerando os doentes em activos e não activos, verificando que os dois grupos não diferiam entre si ($\chi^2=2,7$, $p=0,1$).

☞ AVALIAÇÕES DO GI E DO GC DURANTE O INTERNAMENTO

II 2.3.

AVALIAÇÃO INICIAL (TABELA 6)

II 2.3.1.

A 1ª avaliação, efectuada até às 48 horas após o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos, destinou-se a medir os níveis de Ansiedade e Depressão (HADS), a detectar perturbações cognitivas (MMSE) e a avaliar o ajustamento social (SPQ). Os doentes do GI e do GC apresentavam em média pontuações abaixo do ponto de corte na subescala da Depressão ($6,5 \pm 4,0$ e $6,0 \pm 3,8$ respectivamente) e acima do ponto de corte na subescala da Ansiedade ($11,1 \pm 3,0$ e $11,6 \pm 2,6$ respectivamente). A pontuação média do MMSE ($26,5 \pm 3,1$ no GI, $26,2 \pm 3,9$ no GC) sugeria a ausência de perturbações cognitivas importantes em ambos os grupos. Finalmente, a pontuação média do SPQ indicava um nível razoável de ajustamento social nos dois grupos. Os dois grupos não diferiam em nenhuma destas variáveis.

TABELA 4.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO GI E DO GC

NA 1^A AVALIAÇÃO

Variável	GI (n=37)	GC (n=35)	Teste	p
Idade - m (dp) [mín-máx]	57,9 (7,6) [43-69]	57,3 (8,9) [41-70]	t=-0,3	0,75
Sexo masculino	29 (78,4%)	27 (77,1%)	$\chi^2=0,02$	0,90
Casados	27 (73%)	29 (82,9%)	$\chi^2=1,0$	0,31
Situação laboral				
Activos	25 (67,6%)	17 (48,6%)	$\chi^2=3,2$	0,08
Não activos:	12 (32,4)	18 (51,4)		
De baixa	2 (5,4)	0		
Reformados	10 (27,0)	15 (42,8)		
Desempregados	0	3 (8,6)		
Educação‡				
Ensino básico	17 (46%)	17 (50%)	$\chi^2=1,3$	0,25
Liceu	9 (24,3)	7 (20,6)		
Curso superior	6 (16,2)	2 (5,9)		
Ensino básico incompleto	5 (13,5)	8 (23,5)		
Viviam acompanhados‡	33 (89,2%)	33 (94,3%)	$\chi^2=0,6$	0,68

Teste t Student e Qui quadrado (Teste de Fisher quando valores ≤ 5)

‡ GC n=34

TABELA 5.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO GI E DO GC NA 1^A AVALIAÇÃO

Variável	GI (n=37)		GC (n=35)		Qui quadrado (p)
	n	%	n	%	
Diagnóstico de EAM	22	59,5	25	71,4	1,1 (0,29)
Antecedentes somáticos					
EAM prévio*	12	34,3	8	22,9	1,1 (0,29)
HTA	5	13,5	8	22,8	1,1 (0,30) **
Diabetes	3	8,1	4	11,4	0,2 (0,71) **
Dislipidemia	1		1		
Transplante renal	2		0		
Insuficiência renal	0		1		
Neoplasias	2		0		
By-pass aorto-coronário	0		1		
Antecedentes psiquiátricos					
A tomar psicofármacos	14	37,8	17	48,6	0,9 (0,36)

EAM= Enfarte Agudo do Miocárdio

HTA=Hipertensão Arterial

*GI n=35

**Teste de Fisher

TABELA 6.

AVALIAÇÃO INICIAL DO GI E DO GC COM AS ESCALAS HADS, MMSE E SPQ

Escala	GI (n=37)	GC (n=35)	Teste	p
HADS:				
Depressão m (dp)	6,5 (4,0)	6,0 (3,8)	t=-0,6	0,58
Nº doentes ≥ 8	17 (45,9%)	10 (28,6%)	χ²=2,3	0,13
Ansiedade m (dp)	11,1 (3,0)	11,6 (2,6)	t=0,7	0,46
Nº doentes ≥ 8	36 (97,3%)	35 (100%)	χ²=1,0	0,33
MMSE m (dp)	26,5 (3,1)	26,2 (3,9)	t=-0,4	0,73
SPQ m (dp)*	2,7 (2,7)	3,1 (2,3)	t=0,6	0,57

HADS= Hospital Anxiety and Depression Scale

MMSE= Mini Mental State Examination

SPQ= Social Problems Questionnaire

* GI n=34, GC n=35

II 2.3.2.

AVALIAÇÃO ANTES DA ALTA (TABELA 7)

Esta avaliação efectuou-se entre o 10º e o 12º dias de internamento, imediatamente antes da alta. Teve lugar num momento em que, na larga maioria dos doentes, a intervenção já terminara. Utilizámos de novo a HADS para avaliar os níveis de ansiedade e de depressão e, pela primeira vez, a escala NHP para avaliar a qualidade de vida.

As pontuações médias dos dois grupos na subescala da Ansiedade não diferiram entre si, com valores de $9,0 \pm 3,9$ no GI e $9,1 \pm 3,6$ no GC ($t=0,2$, $p=0,9$). O mesmo ocorreu na subescala da Depressão, com pontuações médias de $5,8 \pm 4,2$ no GI e de $5,6 \pm 3,3$ no GC ($t=-0,2$, $p=0,8$).

A Qualidade de Vida, avaliada pelo questionário NHP, não mostrou diferenças significativas entre os dois grupos em nenhuma das 6 dimensões que compõem a 1ª parte da escala (energia, dor, reacção emocional, sono, isolamento social, mobilidade física). As pontuações da 2ª parte do NHP também não diferiram entre os dois grupos ($3,2 \pm 1,8$ no GI *vs.* $3,3 \pm 2,3$ no GC, $t=0,3$, $p=0,8$).

TABELA 7.

AVALIAÇÃO ANTES DA ALTA DO GI E GC COM AS ESCALAS HADS E NHP

Escala	GI (n=35)	GC (n=29)	Teste	p
HADS Depressão m (dp)	5,8 (4,2)	5,6 (3,3)	$t=-0,2$	0,82
Nº doentes ≥ 8	13 (37,1%)	6 (20,7%)	$\chi^2=2,1$	0,15
HADS Ansiedade m (dp)	9,0 (3,9)	9,1 (3,6)	$t=0,2$	0,88
Nº doentes ≥ 8	21 (60,0%)	18 (62,1%)	$\chi^2=0,03$	0,87
NHP - 1ª parte m (dp)				
Energia	27,6 (32,6)	22,9 (32,3)	$t=-0,1$	0,57
Dor	17,6 (25,0)	25,0 (28,1)	$t=1,1$	0,27
Reacção emocional	33,5 (21,2)	35,5 (22,8)	$t=0,4$	0,72
Sono	35,7 (30,4)	37,0 (26,8)	$t=0,2$	0,86
Isolamento social	20,8 (26,1)	16,4 (21,7)	$t=-0,7$	0,48
Mobilidade física	17,6 (16,7)	22,4 (22,5)	$t=1,0$	0,33
NHP - 2ª parte m (dp)	3,2 (1,8)	3,3 (2,3)	$t=0,3$	0,76

HADS=Hospital Anxiety and Depression Scale

NHP=Nottingham Health Profile

* GI n=32, GC n=28

TEMPO DE INTERNAMENTO E ÍNDICE CARDÍACO DO GI E DO GC
(TABELA 8)

II 2.3.3.

No decurso do internamento faleceram 2 doentes do GI (1 homem e uma mulher, ambos com o diagnóstico de EAM) e 3 do GC (2 homens e 1 mulher, todos com diagnóstico de EAM). Restaram portanto 35 doentes no GI e 32 no GC para seguimento pós-alta. As características cardíacas dos doentes dos dois grupos no fim do internamento estão apresentadas na Tabela 8.

A gravidade do EAM, representada pela média do Índice UTIC-AC (Laureano Santos, 1991), calculado com base em vinte e três características clínicas entre as quais idade, sexo, localização, extensão e complicações do EAM durante o período intra-hospitalar, não diferiu estatisticamente entre o GI ($0,7 \pm 0,8$) e o GC ($1,0 \pm 0,7$, $t=1,0$, $p=0,3$). O mesmo aconteceu com a média do número de dias de internamento em cuidados intensivos e a média do número de dias de internamento hospitalar que, embora sendo maior no GI ($16,4 \pm 12,6$) do que no GC ($12,4 \pm 2,9$, $t=-1,8$, $p=0,08$), não atingiu significância estatística.

TABELA 8.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO GI E DO CG NO FIM DO INTERNAMENTO

Variável	GI (n=35) m (dp)	GC (n=32) m (dp)	t Student (p)
Índice UTIC *	0,7 (0,8)	1,0 (0,7)	1,0 (0,34)
Dias internamento	16,4 (12,6)	12,4 (2,9)	-1,8 (0,08)
Dias UCI	3,1 (1,8)	2,6 (1,1)	-1,5 (0,14)

UCI=Unidade de Cuidados Intensivos

* GI n=20, GC n=22, apenas doentes com EAM

II 2.3.3. NÍVEIS DE DEPRESSÃO E DE ANSIEDADE DOS CÔNJUGES (TABELA 9)

As pontuações da HADS do cônjuge ou familiar do GI, embora apresentando um valor médio mais alto na Depressão não diferiram significativamente das do GC ($6,9 \pm 4,3$ vs. $5,8 \pm 4,4$, respectivamente, $t=-0,9$, $p=0,37$). As pontuações médias da Ansiedade também não diferiram entre os dois grupos ($11,4 \pm 4,2$ no GI vs. $11,3 \pm 4,5$ no GC, $t=-0,1$, $p=0,93$).

TABELA 9.
NÍVEIS DE DEPRESSÃO E DE ANSIEDADE DOS CÔNJUGES

HADS	GI (n=26)	GC (n=22)	t Student (p)
Depressão m (dp)	6,9 (4,3)	5,8 (4,4)	-0,9 (0,37)
Ansiedade m (dp)	11,4 (4,2)	11,3 (4,5)	-0,1 (0,93)

HADS=Hospital Anxiety and Depression Scale

II 2.4. AVALIAÇÕES APÓS A ALTA DO GI E DO GC (MÊS E MEIO, 3 E 6 MESES)

II 2.4.1. PONTUAÇÕES DAS ESCALAS HADS, SPQ E NPH (TABELAS 10 E 11)

As pontuações médias das subescalas de Ansiedade e de Depressão apresentaram valores mais baixos no GI quando comparadas com os do GC, aos mês e meio, 3 e 6 meses. Ou seja, em todas as avaliações após a alta os níveis médios de Ansiedade e de Depressão apresentados pelos doentes do GI foram mais baixos que os níveis médios apresentados pelos doentes do GC. No entanto, esta diferença só obteve significado estatístico nas pontuações da subescala da Depressão aos 6 meses ($5,8 \pm 4,1$ no GI e $7,9 \pm 4,3$ no GC, $t=2,1$, $p=0,04$). A diferença nas pontuações

médias da Ansiedade na avaliação dos 3 meses esteve próxima da significância estatística ($8,3 \pm 4,7$ no GI e $10,4 \pm 3,4$ no GC, $t=1,9$, $p=0,06$).

O número de doentes no GI e no GC que obtiveram uma pontuação ≥ 8 (considerado o ponto de corte da HADS) na subescala da Depressão foi significativamente menor no GI do que no GC na avaliação realizada aos 3 meses (11 vs. 18 , $\chi^2=4,4$, $p=0,04$) como aos 6 meses (12 vs. 18 , $\chi^2=3,9$, $p=0,05$) de *follow-up*. O GI apresentou também um número significativamente mais baixo de doentes com um nível de Ansiedade ≥ 8 na avaliação realizada aos 3 meses (15 vs. 23 , $\chi^2=6,6$, $p=0,01$).

A pontuação da escala SPQ foi mais baixa (melhor ajustamento social) no *follow-up* de 6 meses no GC ($2,3 \pm 1,9$) em comparação com a avaliação inicial ($3,1 \pm 2,3$), enquanto se manteve estável no GI ($2,8 \pm 2,9$ aos 6 meses e $2,7 \pm 2,6$ na avaliação inicial). Esta diferença não atingiu, contudo, significância estatística.

As dimensões Reacção Emocional e Isolamento Social da 1ª parte da escala NHP apresentaram ao mês e meio, 3 e 6 meses valores mais baixos (menos sintomáticos) no GI em comparação com o GC, atingindo significância estatística no item Isolamento Social ao mês e meio ($10,7 \pm 15,8$ vs. $23,8 \pm 27,7$ respectivamente, $t=2,3$, $p=0,02$) e no item Reacção Emocional ao mês e meio ($30,1 \pm 22,0$ vs. $43,9 \pm 27,1$, $t=2,2$, $p=0,03$) e aos 3 meses ($30,5 \pm 27,2$ vs. $47,3 \pm 26,9$, $t=2,4$, $p=0,02$). Os valores das outras dimensões da 1ª parte da escala NHP (Energia, Dor, Sono e Mobilidade Física) não diferiram significativamente entre o GI e o GC em nenhuma das avaliações de mês e meio, 3 e 6 meses após a alta.

Os valores médios da 2ª parte do NHP, medidos nas várias avaliações após a alta, mantiveram-se mais baixos (melhor qualidade de vida) no GI em relação ao GC, em particular aos 3 e 6 meses, mas esta diferença apenas atingiu significado estatístico aos 3 meses ($2,4 \pm 1,7$ no GI vs. $3,5 \pm 1,9$ no GC, $t=2,3$, $p=0,03$).

TABELA 10.

PONTUAÇÕES DA HADS DO GI E DO GC (MÊS E MEIO, 3 E 6 MESES)

HADS	Meses	GI		GC		t Student (p)
		n	m (dp)	n	m (dp)	
Depressão	1,5	34	6,5 (3,9)	28	7,9 (3,7)	1,4 (0,18)
	3	30	6,8 (4,8)	28	8,3 (4,4)	1,2 (0,22)
	6	34	5,8 (4,1)	30	7,9 (4,3)	2,1 (0,04)
Ansiedade	1,5	34	9,6 (4,0)	28	10,3 (3,4)	0,7 (0,50)
	3	30	8,3 (4,7)	28	10,4 (3,4)	1,9 (0,06)
	6	34	8,6 (4,1)	30	10,5 (4,4)	1,7 (0,09)

HADS=Hospital Anxiety and Depression Scale

TABELA 11.

NÚMERO DE DOENTES COM PONTUAÇÕES ≥ 8 NA DEPRESSÃO
E NA ANSIEDADE NO GI E NO GC APÓS A ALTA

HADS	Meses	GI		GC		Qui quadrado (p)
		n	%	n	%	
Depressão	1,5	19	55,9	15	53,6	0,03 (0,86)
	3	11	36,7	18	64,3	4,4 (0,04)
	6	12	35,3	18	60,0	3,9 (0,05)
Ansiedade	1,5	25	73,5	21	75,0	0,02 (0,90)
	3	15	50,0	23	82,1	6,6 (0,01)
	6	19	55,9	22	73,3	2,1 (0,15)

HADS=Hospital Anxiety and Depression Scale

TABELA 12.

PONTUAÇÕES DAS ESCALAS NHP E SPQ NO GI E NO GC
(MÊS E MEIO, 3 E 6 MESES)

Escala	Meses	GI	GC		t Student (p)	
		n	m (dp)	n	m (dp)	
NHP – 1ª parte						
Energia	1,5	34	28,5 (36,1)	27	36,9 (37,6)	0,9 (0,38)
	3	30	26,5 (36,2)	28	24,4 (32,8)	-0,2 (0,82)
	6	34	25,7 (37,1)	29	30,9 (38,8)	0,5 (0,59)
Dor	1,5	34	25,2 (27,6)	27	22,1 (25,6)	-0,4 (0,66)
	3	30	21,2 (30,9)	28	22,5 (21,4)	0,2 (0,86)
	6	34	22,5 (30,3)	29	29,9 (30,2)	1,0 (0,34)
Reacção emocional	1,5	34	30,1 (22,0)	27	43,9 (27,1)	2,2 (0,03)
	3	30	30,5 (27,2)	28	47,3 (26,9)	2,4 (0,02)
	6	34	30,8 (26,0)	29	40,3 (30,0)	1,4 (0,18)
Sono	1,5	34	50,1 (28,2)	27	45,7 (22,4)	-0,7 (0,51)
	3	30	46,4 (28,8)	28	43,0 (27,3)	-0,5 (0,65)
	6	34	40,2 (29,9)	29	43,3 (29,4)	0,4 (0,68)
Isolamento social	1,5	34	10,7 (15,8)	27	23,8 (27,7)	2,3 (0,02)
	3	30	18,1 (27,4)	28	22,3 (24,1)	0,6 (0,54)
	6	34	15,2 (26,2)	29	26,7 (34,0)	1,5 (0,14)
Mobilidade física	1,5	34	19,5 (18,1)	27	24,9 (22,2)	1,1 (0,29)
	3	30	16,8 (17,9)	28	16,6 (18,7)	-0,04 (0,97)
	6	34	17,5 (20,4)	29	23,4 (23,2)	1,1 (0,28)
NHP – 2ª parte						
	1,5	32	2,9 (2,0)	26	3,7 (1,8)	1,6 (0,13)
	3	29	2,4 (1,7)	28	3,5 (1,9)	2,3 (0,03)
	6	32	2,0 (1,8)	30	3,0 (2,3)	1,8 (0,07)
SPQ						
	1,5	31	2,3 (2,7)	26	3,0 (2,8)	1,0 (0,33)
	3	30	2,5 (3,0)	26	3,3 (2,6)	1,1 (0,27)
	6	31	2,8 (3,0)	28	2,3 (1,9)	-0,8 (0,43)

II 2.4.2.

VARIÁVEIS DE EFICÁCIA AVALIADAS SEIS MESES
APÓS O ACIDENTE CORONÁRIO

Utilizámos a análise de covariância de forma a avaliar o impacto da intervenção realizada nas medidas de eficácia. Comparámos os doentes do GI que tinham avaliação inicial (*baseline*) e 6 meses mais tarde ($n=34$) com os do GC, também com ambas avaliações ($n=30$).

O GI teve uma pontuação média mais baixa na subescala da Depressão (HADS) ($5,8 \pm 4,1$) do que o GC ($7,9 \pm 4,3$) na avaliação dos 6 meses. A análise de covariância mostrou que os valores médios de depressão nos dois grupos diferiram estatisticamente aos 6 meses, tanto sem ajustamento para a pontuação na avaliação inicial ($F=4,2$, $p=0,04$), como utilizando a pontuação na avaliação inicial ($6,5 \pm 4,0$ no GI, $6,0 \pm 3,8$ no GC) como covariável ($F=4,8$, $p=0,03$).

A subescala da Ansiedade (HADS) apresentou valores médios mais baixos no GI ($8,6 \pm 4,1$) em comparação com os do GC ($10,5 \pm 4,4$) aos 6 meses. A análise de covariância mostrou que a diferença entre os valores médios de ansiedade nos dois grupos não diferiu estatisticamente aos 6 meses, tanto sem ajustamento para a pontuação da avaliação inicial ($F=3,0$, $p=0,09$), como utilizando a pontuação da avaliação inicial ($11,1 \pm 3,0$ no GI, $11,6 \pm 2,6$ no GC) como covariável ($F=2,5$, $p=0,12$).

De forma a confirmarmos o resultado encontrado pela análise de covariância, comparámos igualmente as pontuações da Ansiedade e da Depressão na avaliação dos 6 meses no GI e no GC, utilizando o teste *t* de Student. Este método estatístico confirmou a existência de diferença significativa na Depressão ($t=2,1$, $p=0,04$), mas não na Ansiedade ($t=1,7$, $p=0,09$). Quer isto dizer que os doentes do GI comparados com os do GC se encontravam significativamente menos deprimidos mas não significativamente menos ansiosos aos 6 meses de *follow-up*.

Calculámos o valor da diferença de pontuação na subescala da Depressão (HADS) entre a avaliação inicial e a dos 6 meses no GI e no GC subtraindo da pontuação inicial a pontuação dos 6 meses (Depressão 1 – Depressão 5) (ver Tabela 13). A comparação destes dois valores ($-1,0 \pm 5,6$ para o GI e $2,1 \pm 4,7$ para o GC) mostrou que a diferença foi significativamente maior no GI em relação ao GC ($t=2,3$, $p=0,02$). A análise de covariância dessa diferença, tanto sem ajustamento ($F=5,5$, $p=0,02$) como com ajustamento para a pontuação inicial ($F=5,8$, $p=0,02$)

confirmou este resultado.

O mesmo método estatístico (análise de covariância) foi também utilizado para comparar a diferença nas pontuações da subescala da Ansiedade entre o valor inicial e o dos 6 meses (Ansiedade 1 – Ansiedade 5) nos dois grupos (ver Tabela 13). Encontrámos os valores de $-2,3 \pm 4,6$ para o GI e de $-1,0 \pm 4,1$ para o GC, que não diferiram estatisticamente ($t=1,2$, $p=0,22$), o que foi confirmado pela análise de covariância sem ajustamento ($F=3,0$, $p=0,09$), ou com ajustamento para a pontuação inicial ($F=2,5$, $p=0,12$).

TABELA 13.

DIFERENÇA ENTRE OS VALORES DE DEPRESSÃO E DE ANSIEDADE
NA AVALIAÇÃO INICIAL (1ª) E AOS 6 MESES (5ª)

HADS	GI m (dp)	GC m (dp)	Teste de Student t (p)
Depressão	-1,0 (5,6)	+2,1 (4,7)	2,3 (0,02)
Ansiedade	-2,3 (4,6)	-1,0 (4,1)	1,2 (0,22)

MORBILIDADE, MORTALIDADE E EVOLUÇÃO DA DOENÇA CORONÁRIA (TABELA 14)

II 2.4.3.

Além das variáveis de eficácia comparámos nos dois grupos, 6 meses depois do acidente coronário, algumas variáveis relacionadas com a evolução da doença coronária: mortalidade, número de reinternamentos, número total de dias de reinternamento e de baixa e repetição da dor anginosa.

Embora a mortalidade fosse menor no GI (2 doentes durante o internamento e 1 durante o *follow-up*) quando comparado com o GC (3 e 1 doentes, respectivamente), essa diferença não foi significativa (ver Tabela 14). O falecimento dos doentes do GI e do GC durante o internamento ficou a dever-se a complicações

da doença coronária. Os doentes que faleceram após a alta tiveram como causa de morte recidiva de neoplasia do cólon no GI e suicídio no GC.

Uma vez que o suicídio é um acontecimento major no decurso de qualquer estudo clínico, descreveremos em mais detalhe a informação que temos sobre este doente. Tratava-se de um homem de 56 anos, casado, com o diagnóstico de AI, activo profissionalmente, que completara o liceu e que vivia com a esposa e filhos, com bom nível de ajustamento social e de qualidade de vida. O doente mencionou na altura da sua inclusão no estudo a existência de antecedentes psiquiátricos, que não especificou, e não tomava habitualmente psicofármacos. As pontuações da subescala da Depressão foram 7 na 1ª avaliação, 4 na 2ª avaliação e 7 na 3ª. As pontuações da subescala de Ansiedade foram 9, 8 e 8, respectivamente. Cerca de dois meses após o internamento inicial o doente foi reinternado por repetição da dor anginosa e, como se apresentasse deprimido, foi referenciado à psiquiatra de Ligação. Quando observado apresentava humor deprimido, insónia inicial e terminal, dificuldade de concentração e não referia ideias de suicídio. Fora recentemente medicado com benzodiazepinas pelo médico assistente. A entrevista com o doente e a esposa revelou que ele tivera já um episódio depressivo com características de depressão major e seguimento psiquiátrico. Foi medicado com um antidepressivo sedativo tomado à noite (Mianserina – 30mg) e referenciado ao psiquiatra que já o tratara. Tivemos conhecimento de que o doente se suicidara cerca de um mês mais tarde.

O número de doentes que, durante o *follow-up*, tiveram repetição da dor anginosa e reinternamentos, tanto devidos à doença coronária como a qualquer causa, foi semelhante nos dois grupos. Do mesmo modo, o número total de dias de reinternamento e de baixa não diferiram entre o GI e o GC (Tabela 14).

Para avaliar o nível de funcionamento profissional aos 6 meses quantificámos o número de doentes que se encontravam a trabalhar nesse momento e verificámos que os dois grupos também não diferiam neste aspecto (68,8% no GI e 64% no GC, $\chi^2=0,2$, $p=0,64$) (Tabela 14).

TABELA 14.

INDICADORES DA EVOLUÇÃO DA DOENÇA CORONÁRIA
E DO FUNCIONAMENTO PROFISSIONAL DO GI E DO GC AOS 6 MESES

Variável	GI (n=34)	GC (n=30)	Teste	p
Doentes falecidos (%)	3 (8,1)	4 (11,4)	$\chi^2=0,3$	0,70†
Doentes reinternados (%)	12 (32,4)	10 (28,6)	$\chi^2=0,001$	0,97
Doentes reinternados por doença coronária (%)	9 (26,5)	8 (25,8)	$\chi^2=0,004$	0,95
Repetição da dor anginosa (%)*	14 (42,4)	13 (38,9)	$\chi^2=0,04$	0,85
A trabalhar (%)**	17 (68,8)	10 (64,0)	$\chi^2=0,2$	0,64
Dias de reinternamento m (dp)***	2,9 (7,4)	5,4 (13,5)	t=0,9	0,36
Nº dias de baixa m (dp) §	88,8 (77,8)	93,8 (75,5)	t=0,2	0,84

† Teste de Fisher

*GI n=33, GC n=29

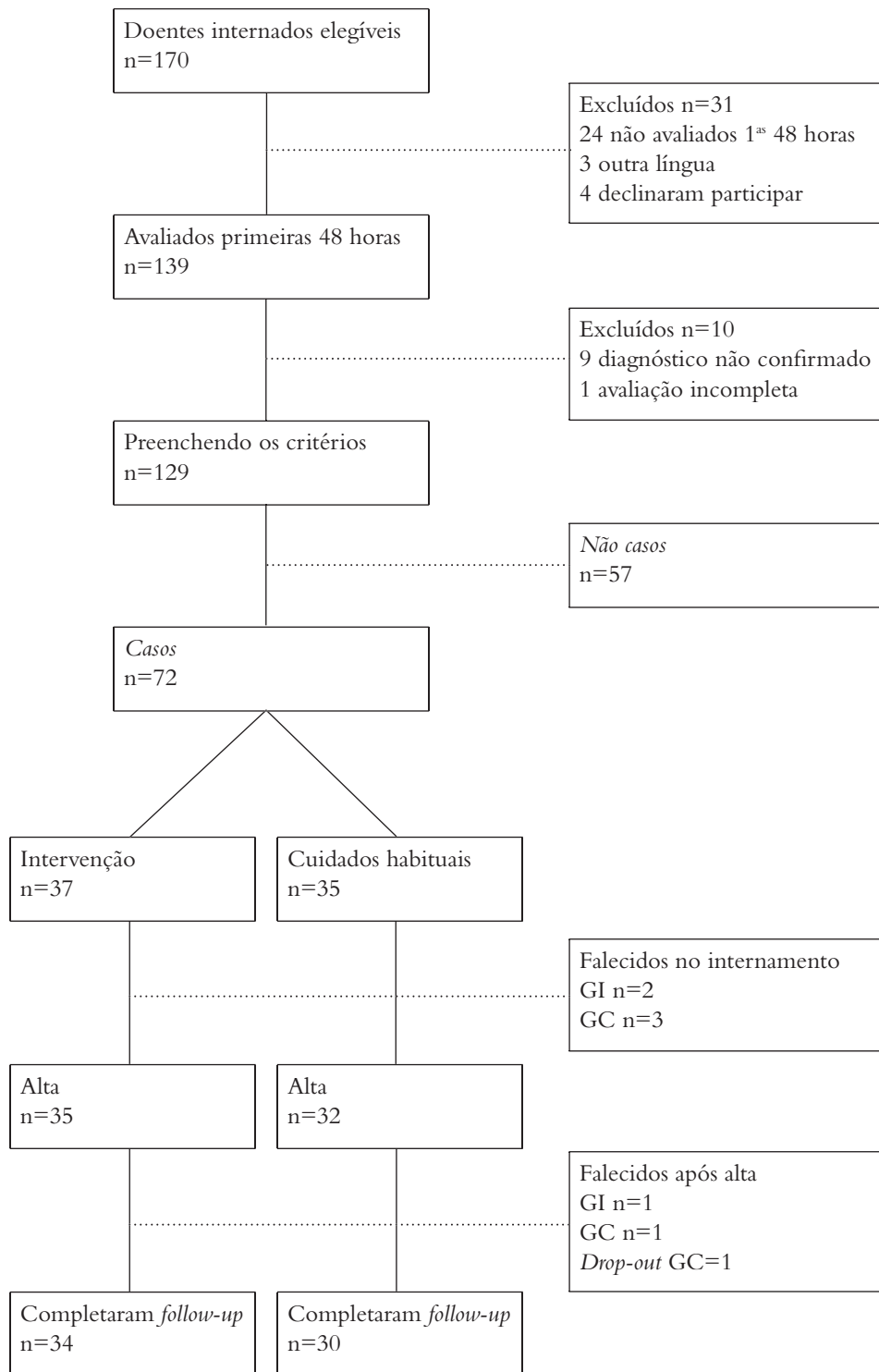
**GI n=31, GC n=20

***GC n=28

§ GI n=25, GC n=16

FIGURA 3.

FLUXOGRAMA DO ESTUDO



EVOLUÇÃO LONGITUDINAL DA ANSIEDADE E DA DEPRESSÃO

II 2.5.

Todos os doentes pertencendo à amostra inicial ($n=129$) foram alvo do mesmo número e tipo de avaliações anteriormente descritas ao longo dos 6 meses de *follow-up*. Pudemos assim comparar a evolução dos sintomas de ansiedade e depressão nos doentes do GI, do GC e nos doentes inicialmente assintomáticos (GA).

DEPRESSÃO (FIG. 4)

II 2.5.1.

No que respeita à evolução das pontuações da Depressão avaliadas com a HADS podemos observar (Fig. 4) que, no momento da inclusão no estudo, o GI e o GC tinham pontuações médias idênticas (respectivamente $6,5 \pm 4,0$ e $6,0 \pm 3,8$), as quais se situavam abaixo do ponto de corte do instrumento utilizado. O GA apresentava na mesma altura um valor médio muito baixo ($2,6 \pm 2,0$).

Na avaliação realizada na fase pré-alta e quando a intervenção de PL tinha terminado na maior parte dos doentes do GI, verificámos que tanto estes como os doentes do GC apresentavam um nível médio de Depressão um pouco mais baixo ($5,8 \pm 4,2$ e $5,6 \pm 3,3$, respectivamente) do que o nível avaliado inicialmente. Esta diminuição foi mais marcada no GI do que no GC. Em contraste, o GA apresentava antes da alta uma ligeira subida do nível médio da Depressão ($2,9 \pm 2,6$) em relação ao valor inicial.

Após o regresso a casa, por volta do 45º dia, os doentes dos três grupos encontravam-se em média mais deprimidos do que na avaliação antes da alta. Este aumento era mais marcado no GC ($7,9 \pm 3,7$) quase atingindo o ponto de corte da HADS para a Depressão.

Na avaliação realizada aos 3 meses de *follow-up*, os doentes dos três grupos apresentavam um novo agravamento, embora mais ligeiro, do nível médio de Depressão em comparação com o nível médio observado aos 45 dias. Nesta avaliação o GC atingiu um valor médio da Depressão ($8,3 \pm 4,4$) acima do ponto de corte da HADS.

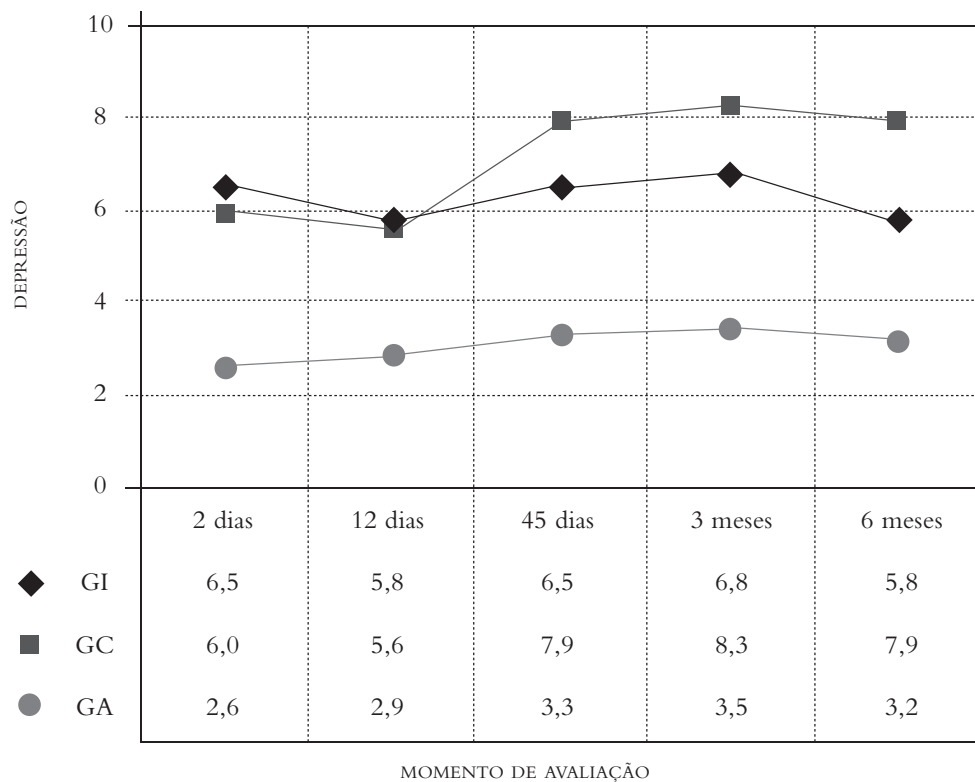
Finalmente, aos 6 meses de *follow-up*, os doentes dos três grupos encontravam-se em média menos deprimidos do que na avaliação dos 3 meses. Os níveis médios de

Depressão verificados aos 6 meses foram idênticos aos valores médios observados aos 45 dias, tanto no GC como no GA. Em contrapartida, nos doentes do GI essa redução era mais marcada, com um valor médio de Depressão ($5,8 \pm 4,1$) aos 6 meses de *follow-up* igual ao observado antes da alta ($5,8 \pm 4,2$).

No conjunto das várias avaliações, apenas o GC atingiu valores médios de Depressão considerados sintomáticos ou muito próximos do valor de 8 nas três avaliações após a alta. A evolução dos níveis de Depressão no GA distinguiu-se da dos outros dois grupos, com um agravamento do nível médio na avaliação realizada antes da alta, enquanto no GI e no GC esse agravamento só surgiu após a alta.

FIGURA 4.

EVOLUÇÃO COMPARATIVA DA DEPRESSÃO (HADS) NOS GRUPOS DE INTERVENÇÃO (GI), DE CONTROLO (GC) E ASSINTOMÁTICO (GA)



ANSIEDADE (FIG. 5)

II 2.5.2.

As pontuações da Ansiedade avaliadas com a HADS mostra que os doentes do GI e GC apresentavam, no momento da inclusão no estudo, níveis médios ($11,1 \pm 3,0$ e $11,6 \pm 2,6$, respectivamente) que se situavam acima do ponto de corte do instrumento utilizado. O GA apresentava na mesma altura um valor médio baixo ($4,9 \pm 2,1$).

À semelhança do que foi observado para a Depressão, na avaliação pré-alta tanto os doentes do GI como os do GC apresentavam níveis de Ansiedade mais baixos (respectivamente $9,0 \pm 3,9$ e $9,1 \pm 3,6$) em relação aos observados inicialmente. Pelo contrário, o GA apresentava antes da alta uma ligeira subida do nível médio da Ansiedade ($5,3 \pm 3,2$).

A primeira avaliação depois da alta, por volta do 45º dia, mostrou que os doentes dos três grupos se encontravam em média mais ansiosos do que antes da alta. Esse agravamento era mais marcado no GC ($10,4 \pm 3,4$) do que no GI ($9,6 \pm 4,0$).

Aos 3 meses de *follow-up* apenas os doentes do GI e do GA mostravam diminuição do valor médio da Ansiedade, em comparação com o nível médio avaliado aos 45 dias. Nesta avaliação, a pontuação média dos doentes do GI ($8,3 \pm 4,7$) foi a mais baixa avaliada durante estudo, e considerada minimamente sintomática. Em contraste, o GC mantinha um nível médio de Ansiedade ($10,4 \pm 3,4$) semelhante ao observado no 45º dia.

Finalmente, no *follow-up* de 6 meses, os doentes do GI e do GA tinham sofrido um ligeiro agravamento do valor médio da Ansiedade em relação à avaliação dos 3 meses, mas estes valores médios eram inferiores aos observados antes da alta. Pelo contrário, os doentes do GC mantinham níveis médios idênticos nas três avaliações realizadas depois da alta.


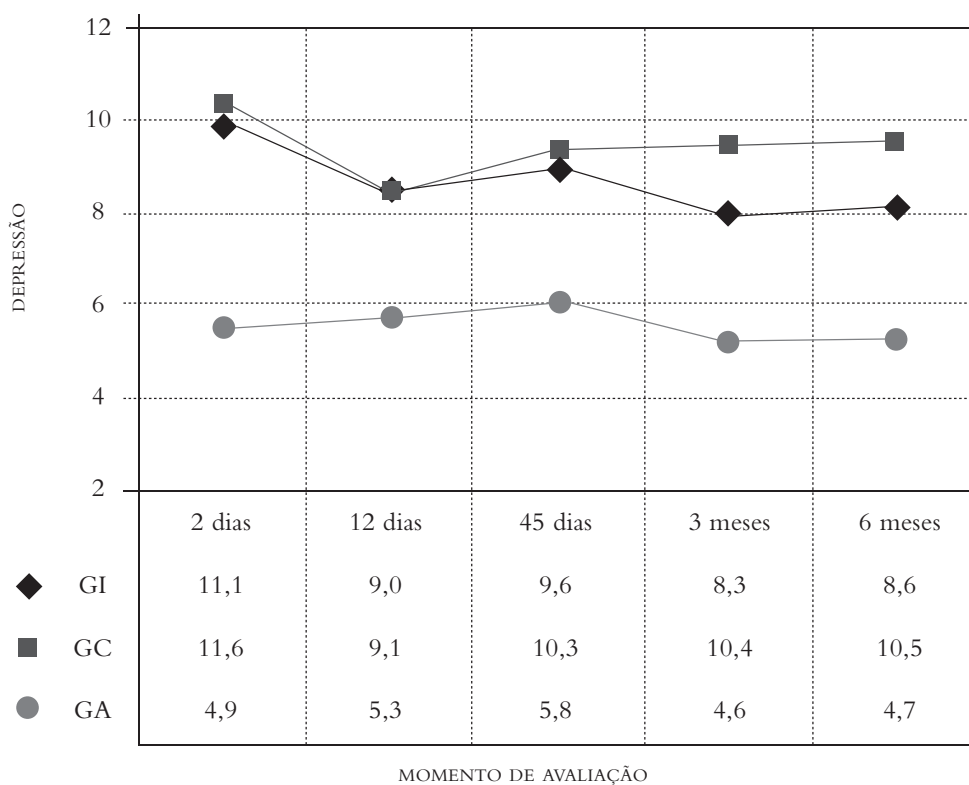
Os níveis médios da Ansiedade no GI e no GC estiveram em todas as avaliações a um nível sintomático (acima do ponto de corte da HADS), enquanto que o GA manteve valores médios assintomáticos. O GA mostrou um agravamento do nível médio da Ansiedade na avaliação realizada antes da alta, enquanto no GI e no GC esse agravamento só se evidenciou depois da alta. 

FIGURA 5.

EVOLUÇÃO COMPARATIVA DA ANSIEDADE (HADS) NOS GRUPOS DE INTERVENÇÃO (GI), DE CONTROLO (GC) E ASSINTOMÁTICO (GA)



Os resultados obtidos confirmam a existência de uma elevada prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em doentes que sofreram recentemente EAM ou AI. Mostram, por outro lado, que uma intervenção precoce e integrada de PL, escalonada de acordo com as necessidades específicas de cada caso, influencia a evolução clínica dos doentes, permitindo obter uma melhoria significativa dos sintomas depressivos ao longo dos primeiros 6 meses e uma redução do número de doentes com pontuações acima do ponto de corte da subescala da depressão (HADS) aos 3 e 6 meses de *follow-up*. A intervenção de PL permitiu igualmente reduzir de forma significativa o número de doentes com pontuações acima do ponto de corte da subescala da ansiedade (HADS) aos 3 meses de *follow-up*. Embora pareça existir uma influência favorável da intervenção realizada na redução dos níveis médios de ansiedade, nesta variável específica a redução não atingiu significância estatística. Por outro lado, a intervenção de PL teve a capacidade de melhorar os aspectos emocionais da qualidade de vida nas avaliações realizadas ao mês e meio e aos 3 meses. Durante os 6 meses de *follow-up* não foi possível evidenciar um impacto significativo da intervenção na evolução dos indicadores de melhoria da doença coronária.

☞ TAXAS DE PREVALÊNCIA DE PERTURBAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM DOENTES INTERNADOS POR ACIDENTE CORONÁRIO AGUDO

II 3.1.

Como esperado, a primeira avaliação efectuada no início do internamento mostrou um elevado número de doentes com sintomas depressivos e ansiosos. A prevalência dos sintomas depressivos na nossa amostra (20,9%) esteve próxima do limite mais baixo das taxas descritas noutros estudos. Estes, com efeito, mostraram taxas de prevalência de 20 a 42% de doentes com sintomas depressivos após um EAM (Barefoot *et al.*, 2000; Bush *et al.*, 2001; Lane *et al.*, 2001; Shiotani *et al.*, 2002; Lauzon *et al.*, 2003) e de 41,4% após Angina Instável (Lespérance *et al.*, 2000).

A prevalência de sintomas ansiosos na população estudada (53,5%) teve uma posição média em relação às taxas de prevalência encontradas por outros autores que avaliaram os doentes com EAM nas primeiras duas semanas (Lane *et al.*, 2002;

Mayou *et al.*, 2000; Crowe *et al.*, 1996; Moser e Dracup, 1996). Estes, com efeito, encontraram prevalências entre 26,1 e 70%.

As diferentes taxas de prevalência encontradas nos vários estudos poderão estar relacionadas com o momento da avaliação da ansiedade. Como veremos adiante, ao discutirmos a curva de evolução natural das perturbações emocionais, o nível destas varia significativamente no período que se segue ao acidente coronário agudo e este facto poderá ter influência nos níveis médios encontrados. O estudo que, à semelhança do nosso, realizou a avaliação nas primeiras 48 horas após EAM, apresentou a prevalência mais alta (70%) (Moser e Dracup, 1996). Mayou e colaboradores (2000), utilizando a HADS e Crowe e colaboradores (1996), utilizando o *State and Trait Anxiety Inventory* no terceiro dia após EAM, encontraram respectivamente taxas de prevalência de 38,6 e 50%, níveis de ansiedade mais próximos dos do nosso estudo, o que parece apoiar esta hipótese. Em contrapartida, o estudo que mostrou a prevalência mais baixa (26,1%) fez a avaliação 2 a 15 dias após o EAM (Lane *et al.*, 2002).

As diferentes taxas de prevalência de ansiedade poderão, igualmente, estar relacionadas com as diferentes sensibilidades dos instrumentos utilizados.

O nível médio de depressão na primeira avaliação foi baixo ($4,7 \pm 3,8$), confirmando os resultados de estudos anteriores (Crowe *et al.*, 1996; Mayou *et al.*, 2000).

O nível médio inicial de ansiedade encontrado neste estudo ($8,5 \pm 4,1$) foi concordante com os que descreveram níveis médios mais moderados (Crowe *et al.*, 1996; Mayou *et al.*, 2000) e discordante dos que mostraram níveis altos de ansiedade nos primeiros dias após um EAM (Moser e Dracup, 1996).

A prevalência de perturbações cognitivas detectadas com o MMSE no início do internamento foi baixa (9,3%) se comparada com os 20 a 30% descritos para doentes de todas as idades internados num hospital geral (Cavanaugh, 1983; Knights e Folstein, 1977). Uma das explicações possíveis é a de que tal se ficará a dever à exclusão dos doentes com idades acima dos 70 anos, grupo no qual as perturbações cognitivas são mais frequentemente detectadas. As pontuações dos casos detectados, depois de corrigidas pelos pontos de corte do MMSE estabelecidos para diferentes graus de literacia na população portuguesa (Guerreiro *et al.*, 1994), sugerem que se tratava de perturbações ligeiras a moderadas.

A comparação dos níveis de ansiedade e de depressão apresentados imediatamente após um acidente coronário agudo em ambos os sexos vem confirmar os resultados de outros autores que descreveram a existência de níveis médios significativamente mais altos de depressão (Frasure-Smith *et al.*, 1999) e de ansiedade (Moser *et al.*, 2003) nos doentes do sexo feminino. Estão igualmente descritas prevalências mais altas de perturbações afectivas no sexo feminino após EAM (Schleifer *et al.*, 1989). No entanto estes resultados necessitam ser confirmados em futuros estudos longitudinais desenhados para esse efeito. A comprovarem-se, poderão estar associados à maior gravidade da doença coronária nas mulheres (Frasure-Smith *et al.*, 1999).

EVOLUÇÃO DA ANSIEDADE E DA DEPRESSÃO NOS SEIS MESES APÓS O ACIDENTE CORONÁRIO

II 3.2.

A análise da evolução da depressão durante os 6 meses após o acidente coronário agudo nos três grupos (de Intervenção, de Controlo e Assintomático) mostra que em todos eles se verifica um agravamento dos valores médios até ao terceiro mês depois da alta e uma redução aos 6 meses.

Na evolução da ansiedade observa-se um agravamento apreciável depois da alta e até aos 45 dias nos três grupos de doentes, seguido de uma diminuição dos sintomas ansiosos até aos 6 meses nos GI e GA. Em contrapartida, o GC manteve durante todo o período pós-alta níveis mais altos e estáveis de ansiedade.

O grupo dos doentes assintomáticos diferiu dos outros dois grupos pelo facto do agravamento dos níveis, tanto de depressão como de ansiedade, se iniciar antes da alta. Este facto poderá sugerir que a denegação, provavelmente mais intensa neste grupo de doentes, surgida nos primeiros dias de internamento como mecanismo de *coping*, começou a esbater-se ainda durante o internamento. Este fenómeno parece prolongar-se depois da alta, devido à confrontação dos doentes com as limitações introduzidas pela doença.

II 3.3. AVALIAÇÃO DA EFECTIVIDADE DA INTERVENÇÃO DE PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO

II 3.3.1. DEPRESSÃO E ANSIEDADE

A comparação dos níveis de depressão no GI e no GC, ao longo dos 6 meses que se seguem ao acidente coronário, comprovou a efectividade da intervenção de PL na diminuição dos sintomas depressivos. Confirma-se assim que é possível, através de uma intervenção psiquiátrica, modificar uma variável que, comprovadamente, constitui um factor de risco independente para a morbilidade somática e para a mortalidade em doentes com cardiopatia isquémica.

A análise atrás referida permitiu, ao mesmo tempo, identificar algumas tendências na evolução da depressão ao longo das diversas fases do tratamento e convalescença do acidente isquémico agudo, as quais, a confirmarem-se, permitiriam compreender melhor, não só a génese da depressão nestes doentes, como também os efeitos benéficos da intervenção realizada.

Como se pode ver na Figura 4, o nível médio de depressão na primeira avaliação foi ligeiramente superior no GI ($6,5 \pm 4,0$) em relação ao GC ($6 \pm 3,8$). Durante o internamento o nível médio da depressão sofreu uma redução tanto no GI como no GC e no momento da alta foi quase igual nos dois grupos ($5,8 \pm 4,2$ no GI e $5,6 \pm 3,3$ no GC). A seguir ao regresso a casa e até aos 3 meses, os dois grupos sofreram um agravamento da depressão, mas este foi mais acentuado no GC. Aos 6 meses o GI apresentou um nível médio de depressão igual ao do momento da alta, ao passo que o GC manteve uma pontuação bastante superior, idêntica à obtida aos 3 meses.

Por outro lado, a efectividade da intervenção torna-se ainda mais evidente quando comparamos o número de doentes com depressão acima do ponto de corte nas várias avaliações com a HADS nos dois grupos. O GI parte de um número superior de doentes deprimidos na avaliação inicial (17 *vs.* 10 no GC), diferença que não é significativa, para números significativamente inferiores aos 3 meses (11 *vs.* 18) e aos 6 meses (12 *vs.* 18, respectivamente).

Esta evolução confirma que o nível médio da depressão tem tendência a reduzir-se durante o internamento, fenómeno já referido por Havik e Maeland

(1990). Esta redução observou-se nos doentes do GI e do GC, facto que poderia ser explicado pelo efeito terapêutico do internamento. Por outro lado, a evolução por nós descrita parece também evidenciar um agravamento "natural" da depressão no período pós-alta ("natural" na medida em que se observa não só nos dois grupos referidos, como também no grupo dos doentes assintomáticos), o qual é muito menos pronunciado no GI do que no GC. Esta tendência evolutiva, já apontada por outros autores (Havik e Maeland, 1990; Lespérance *et al.*, 1996), significaria duas coisas: primeiro, que o pós-alta é um período em que os doentes se encontram especialmente vulneráveis ao aparecimento/agravamento de sintomas depressivos; segundo, e este ponto parece-nos particularmente importante, que a intervenção em PL poderá ter um efeito preventivo em relação a este aparecimento/agravamento da depressão.

A maior vulnerabilidade relativamente à depressão no pós-alta não nos parece surpreendente. O efeito das experiências de perda que se encontram na génese da depressão não é habitualmente imediato. Por outro lado, é muito provável que o sentimento de perda se torne mais evidente e intenso quando o doente regressa ao seu meio habitual e se confronta com as mudanças ocorridas na sua vida (limitações físicas, maior dependência, restrições impostas clinicamente). A situação de internamento, por sua vez, embora inclua aspectos assustadores e traumáticos, comporta também uma dimensão protectora, que pode defender os doentes em relação à depressão e à ansiedade.

O efeito preventivo da intervenção de PL, sugerido pelo menor agravamento pós-alta da depressão no GI relativamente ao GC, poderia explicar-se pelo efeito da medicação antidepressiva prescrita nalguns doentes (17,1%) do GI e pelo efeito protector da componente psicoterapêutica e psicoeducacional da intervenção. Por outras palavras, estas componentes poderão ter contribuído para uma melhoria dos sintomas depressivos, assim como para um reforço das capacidades de *coping* dos doentes, de tal forma que estes, ao entrarem no período de maior vulnerabilidade do pós-alta, se teriam encontrado melhor preparados para enfrentar e adequadamente elaborar os sentimentos de perda inevitáveis da convalescença.

No que se refere à ansiedade, o número de doentes cujas pontuações estiveram acima do ponto de corte da HADS foi significativamente inferior no GI, em comparação com o GC, na avaliação realizada aos 3 meses, mas não ao mês e meio e

aos 6 meses. No que se refere especificamente aos níveis médios de ansiedade, os resultados obtidos não mostraram uma redução superior do ponto de vista estatístico no GI em relação ao GC. No entanto, a observação destas pontuações médias nas diversas avaliações (ver Fig. 5) aponta para algumas diferenças que, embora sem atingirem significado estatístico, parecem sugerir tendências potencialmente relevantes. Tanto no GI como no GC, as cotações médias de ansiedade sofreram uma redução antes da alta. Em contraste, Havik e Maeland (1990) descreveram níveis estáveis de ansiedade durante todo o internamento.

No período pós-alta verificou-se um aumento do nível médio de ansiedade em ambos os grupos, assim como no grupo dos doentes assintomáticos, tendência aliás já descrita por outros autores (Havik e Maeland, 1990). Este agravamento foi mais pronunciado no GC, atingindo valores próximos da significância aos 3 meses e sendo seguido de uma estabilização até aos 6 meses. No GI, pelo contrário, ocorreu uma redução do nível médio da ansiedade até ao final do estudo.

A evolução descrita, devemos repeti-lo, traduz uma tendência repetidamente verificada neste estudo mas que apenas atingiu dimensão estatística aos 3 meses de evolução. O facto de os médicos cardiologistas incluírem frequentemente benzodiazepinas na medicação de rotina dos doentes com acidente coronário agudo, tanto durante como após o internamento, poderá naturalmente ter contribuído para esbater o impacto específico da intervenção de PL nos sintomas de ansiedade.

De qualquer modo, a evolução encontrada parece confirmar o agravamento “natural” do nível da ansiedade no período pós-alta já apontado na literatura (Havik e Maeland, 1990) assim como o aumento da prevalência de doentes acima do ponto de corte para ansiedade nos seis meses posteriores ao EAM (Lane *et al.*, 2002). Isto significaria que, com muita probabilidade, durante o internamento, o suporte providenciado pela equipa terapêutica da UCI levou a uma contenção e até a uma redução das manifestações de ansiedade. No GC, este efeito desapareceu após a alta, quando os doentes se viram privados deste apoio e confrontados com uma série de dúvidas e receios quanto ao seu futuro.

No GI, no entanto, embora também se tenha verificado um ligeiro aumento da pontuação média da ansiedade após a alta, ela tendeu a diminuir progressivamente até aos 6 meses. Por outro lado, o número de doentes sintomaticamente ansiosos no GI foi significativamente menor aos 3 meses. Esta evolução poderá

significar que a intervenção em PL forneceu ao doente e à sua família capacidades de lidar com as dificuldades encontradas no regresso a casa e no retomar da vida normal que, tal como em relação à depressão, também terão um efeito preventivo no caso da ansiedade, com maior intensidade aos 3 meses de *follow-up*. No entanto, esse efeito da intervenção sobre a ansiedade parece esbater-se aos 6 meses de *follow-up*.

QUALIDADE DE VIDA

II 3.3.2.

A qualidade de vida, avaliada com o NHP, apresentou valores médios mais favoráveis no GI que no GC no *follow-up* de 6 meses, tanto na 2ª parte da escala (que avalia a qualidade de vida em geral), como nas dimensões Isolamento Social e Reacção Emocional da 1ª parte. Estas diferenças, contudo, não foram significativas. Em contrapartida, as pontuações médias da dimensão Isolamento Social ao mês e meio, da dimensão Reacção Emocional ao mês e meio e 3 meses, e da 2ª parte do NHP aos 3 meses, sofreram uma redução significativa, mostrando níveis menos sintomáticos no GI relativamente ao GC. Estes resultados foram consistentes com a redução significativa da depressão no GI durante o *follow-up*.

O facto do efeito da intervenção nos níveis médios da Ansiedade (HADS) e na qualidade de vida (NHP) aos 6 meses não ter atingido significância estatística pode decorrer de aspectos metodológicos que não foi possível acautelar. Vários factores de natureza confundente, esbatendo as diferenças entre o grupo experimental e o de controlo, contribuíram para reduzir a evidência do impacto da intervenção de PL: 1) uma intervenção educativa de todos os doentes da Unidade foi realizada por um grupo de enfermeiras no período em que o estudo decorreu; 2) o facto de a autora ser psiquiatra de Ligação da unidade nos oito anos anteriores, se teve a vantagem de facilitar a colaboração da equipa da Unidade, permitiu, igualmente, que os médicos e enfermeiras estivessem melhor apetrechados para lidar com os aspectos psicossociais de todos os doentes, melhorando os resultados do grupo de controlo; 3) a prestação dos cuidados habituais da Unidade pode ter sido modificada pelo facto de os técnicos saberem que estava a decorrer uma intervenção, fenómeno descrito como “efeito de Hawthorne” (Parsons, 1974; Vehmas, 1997).

II 3.3.3. AJUSTAMENTO SOCIAL

No que se refere ao nível de ajustamento social avaliado com o SPQ, os dois grupos não diferiram estatisticamente seis meses após o acidente coronário. Este facto parece demonstrar que uma intervenção efectuada no período intra-hospitalar e não especialmente dirigida à resolução de problemas sociais, dificilmente poderá influenciar uma variável tão complexa como é o ajustamento social. Por outro lado, a pontuação média do SPQ nos dois grupos indicava à partida um nível razoável de ajustamento social (Clare e Cairns, 1978), tornando difícil melhorá-lo.

II 3.3.4. EVOLUÇÃO DA DOENÇA CORONÁRIA

Uma das hipóteses principais do nosso trabalho era que, através da redução da depressão e da ansiedade, a intervenção de PL pudesse ter um impacto positivo na evolução da doença coronária. Os resultados obtidos não confirmaram esta hipótese, uma vez que a percentagem de doentes que teve reinternamentos por causa isquémica ou repetição da dor anginosa não diferiu entre o GI e o GC aos 6 meses de *follow-up*. Resultados idênticos foram encontrados em relação ao número total de internamentos e de dias de internamento (nos doentes reinternados), assim como ao número de dias de baixa ou à percentagem de doentes inicialmente activos regressados ao trabalho no final do estudo.

Em resumo, a intervenção realizada teve impacto ao nível da depressão, da ansiedade e da qualidade de vida mas, ao contrário do que se poderia esperar, não foi possível demonstrar um efeito significativo nas variáveis relacionadas com a doença coronária.

Dado o comprovado impacto desfavorável da depressão clínica e dos sintomas depressivos na mortalidade (Barth *et al.*, 2004; van Melle *et al.*, 2004) e na morbilidade (van Melle *et al.*, 2004) dos doentes com doença coronária, como interpretar este resultado? Uma primeira interpretação que temos que considerar é a de que a intervenção utilizada tenha efectivamente tido algum efeito na evolução da doença coronária através da redução da depressão, mas que a dimensão das amostras e a metodologia utilizada não tenham permitido evidenciar este efeito.

Na verdade, a impossibilidade de se obterem amostras maiores levou a que os subgrupos com diferente evolução da doença coronária (por exemplo, doentes falecidos, doentes reinternados por complicações cardíacas, doentes regressados ao trabalho) tenham acabado por ter números muito reduzidos, o que certamente comprometeu a análise do impacto da intervenção. Por outro lado, como referido anteriormente, alguns outros factores (a realização de uma intervenção psicoeducativa pelas enfermeiras da Unidade, assim como o trabalho anterior de PL) poderão igualmente ter contribuído para esbater o impacto da intervenção.

Temos ainda que considerar a possibilidade de que a intervenção tenha tido impacto na evolução da doença coronária, mas que o *follow-up* não tenha sido suficientemente longo para evidenciar esse efeito. Esta hipótese é suportada pelos resultados de estudos que fizeram várias avaliações ao longo do tempo, e sugerem fortemente que o efeito da depressão sobre a mortalidade só se evidencia ao fim de algum tempo: a partir dos 8 meses após EAM (Carney *et al.*, 2003), apenas aos doze meses após EAM (Kaufmann *et al.*, 1999) e a partir dos 2 anos de *follow-up* de acordo com uma extensa meta-análise de estudos dedicados a este tema (Barth *et al.*, 2004). Estes últimos autores concluíram que tanto a depressão clínica como os sintomas depressivos aumentam o risco de mortalidade em doentes com cardiopatia isquémica. Esse efeito, contudo, ainda de acordo com os mesmos autores (Barth *et al.*, 2004), não se manifesta nos primeiros 6 meses, apenas se tornando evidente após 2 anos de *follow-up*.

Uma outra hipótese explicativa é a de que uma intervenção de PL, com as características da utilizada neste estudo, tenha efectivamente capacidade para influenciar de forma positiva as variáveis relacionadas com a doença coronária, mas que esta influência só se verifique plenamente se a intervenção se estender por um período mais longo do que o utilizado no presente estudo. É importante recordar que a evolução longitudinal dos sintomas ansiosos e depressivos encontrados no presente estudo mostrou duas fases de maior vulnerabilidade após o acidente coronário (uma, nos primeiros dias de internamento, outra, nos primeiros meses após a alta), sugerindo a necessidade de se prolongar a intervenção no período extra-hospitalar. Esta hipótese é suportada pelos resultados de vários estudos sobre efectividade de intervenções que se estenderam ou foram totalmente realizadas depois da alta. Algumas destas intervenções reduziram o número de complicações

cardíacas (Gruen, 1975; Fridlund *et al.*, 1991; Lewin *et al.*, 1992; Allison *et al.*, 2000), outras reduziram a mortalidade (Kallio *et al.*, 1979; Hedbäck *et al.*, 1993) e outras ainda reduziram ambas (Rahe *et al.*, 1979; Vermeulen *et al.*, 1983; Frasure-Smith *et al.*, 1985, 1991).

Esta questão do *timing* e duração da intervenção remete, naturalmente, para a questão dos mecanismos e vias pelas quais a depressão surge associada à mortalidade na doença coronária, questão esta não totalmente clarificada no momento presente. À luz dos conhecimentos actuais, uma das hipóteses que visam explicar esta associação põe o ênfase nos processos fisiológicos presentes nos doentes com depressão e que poderão ter impacto na morbilidade e mortalidade a curto prazo. Alterações da regulação cardiovascular autonómica, com aumento dos níveis da actividade simpática e redução do tónus vagal, instabilidade da actividade eléctrica do miocárdio e redução da variabilidade da frequência cardíaca (Carney *et al.*, 1995a) poderiam desencadear arritmias e morte súbita. Outros mecanismos, tais como aumento da agregação plaquetária e do fibrinogénio (Musselman *et al.*, 1996), disfunção do endotélio arterial e indução de inflamação nas artérias (Appels *et al.*, 2000; Lespérance *et al.*, 2004), poderiam contribuir para aumento do risco de trombose arterial e de reenfarte.

Outra hipótese, que explicaria o impacto da depressão a mais longo prazo, está relacionada com aspectos comportamentais, que contribuiriam para a progressão da aterosclerose. É reconhecido que doentes deprimidos têm menos capacidade para alterar comportamentos que têm impacto em factores de risco cardiovascular, tais como os hábitos tabágicos, alimentares e de sedentarismo (Ziegelstein *et al.*, 2000). A depressão tem também efeito negativo na adesão terapêutica e no cumprimento das recomendações médicas (Carney *et al.*, 1995b; Ziegelstein *et al.*, 2000).

Uma terceira possibilidade é a de que a depressão seja uma consequência da aterosclerose das artérias cerebrais (Alexopoulos *et al.*, 1997). Estas alterações cerebrovasculares constituiriam um factor de vulnerabilidade face a desencadeantes de carácter psicológico, levando mais facilmente à instalação de quadros depressivos.

Outras explicações invocadas para a associação da depressão com pior evolução da doença coronária incluem problemas de diagnóstico, dada a sobreposição de alguns dos sintomas depressivos e cardíacos (fadiga, apetite, alterações do sono), ou o efeito secundário do uso prolongado de beta-bloqueantes. A primeira hipó-

tese foi infirmada pela utilização de entrevistas estruturadas no diagnóstico dos quadros depressivos. Por outro lado, a relação entre a toma de beta-bloqueantes e a presença de depressão não foi confirmada (Davis *et al.*, 1987).

Finalmente, a depressão poderia ser um marcador da gravidade da doença cardíaca, hipótese no entanto não comprovada por vários autores (Lloyd e Cawley, 1983; Carney *et al.*, 1988; Schleifer *et al.*, 1989; Shiotani *et al.*, 2002) que não encontraram associação entre o nível de depressão e a gravidade da doença coronária.

Retomando a tentativa de interpretação da ausência de impacto evidente da intervenção de PL nas variáveis relacionadas com a evolução da doença coronária, podemos conjecturar ainda que tal se tenha ficado a dever ao facto de a intervenção utilizada neste estudo não ter incluído todas as componentes indispensáveis para uma influência significativa na evolução da doença coronária.

A revisão da literatura mostra um largo número de estudos dedicado à avaliação da efectividade dos mais diversos tipos de intervenção psicológica ou psicossocial na evolução da doença coronária. Intervenções psicoterapêuticas de vários tipos (de suporte, cognitivo-comportamental), psicofarmacológicas, psicoeducativas e de aconselhamento e programas de gestão do *stress*, de uma forma isolada ou associadamente, foram avaliados ao longo dos últimos anos. Apesar de todo este esforço de investigação, não existe uma evidência clara sobre a real efectividade de cada uma destas intervenções. Muitos dos estudos mostraram resultados positivos; estes resultados, porém, têm que ser encarados com reserva em muitos casos devido a insuficiências de carácter metodológico neles detectadas.

A mais recente meta-análise da Cochrane Library (Rees *et al.*, 2004), dedicada à revisão do efeito das intervenções psicológicas efectuadas em doentes com doença coronária nos aspectos emocionais, na qualidade de vida, na morbilidade, na mortalidade e nos factores de risco modificáveis, confirmou uma redução significativa da ansiedade e da depressão mas não comprovou a existência de impacto das intervenções na mortalidade total ou cardíaca. No entanto, pelo facto desta meta-análise ter revisto em particular intervenções de gestão de *stress*, com exclusão das que incluíram uma dimensão psicofarmacológica, as suas conclusões não podem ser aplicadas às intervenções que incluíram também esta dimensão ou que combinaram várias dimensões.

Os resultados obtidos em estudos sobre a efectividade de intervenções psicofarmacológicas em doentes com cardiopatia isquémica foram até agora decepcionantes. Com efeito, dois estudos multicêntricos envolvendo grandes amostras (*The ENRICHD investigators*, 2003; Glassman *et al.*, 2002), mostraram reduções significativas mas modestas nos níveis de depressão, não acompanhadas de redução da mortalidade. Teremos que aguardar a conclusão de novos estudos multicêntricos em curso para clarificar melhor a questão da efectividade destas intervenções na evolução da doença coronária e na mortalidade.

A intervenção de PL utilizada neste estudo foi desenhada de modo a que pudesse responder às diferentes necessidades dos doentes com perturbações emocionais. Esta a razão porque a intervenção incluiu uma dimensão psicoterapêutica, permitindo abordar e resolver sintomas e quadros reactivos, uma dimensão psicofarmacológica, dirigida ao tratamento dos casos de depressão major, aspectos psicoeducativos relacionados com a adesão terapêutica e os factores de risco e dirigidos à modificação de comportamentos de risco, e uma componente familiar, visando o suporte social.

A intervenção não incluiu, no entanto, uma componente sistemática e programada dirigida à modificação de comportamentos (alimentares e tabágicos, por exemplo) e não foi igualmente possível associá-la a um programa de reabilitação cardíaca incluindo exercício monitorizado. A ausência destes últimos componentes poderá ter contribuído para que não se tenham alcançado inteiramente os objectivos pretendidos. Com efeito, se pensarmos na importância, actualmente reconhecida, das modificações de comportamentos e dos programas de exercício na evolução da doença coronária, teremos que admitir que uma intervenção de PL deverá necessariamente incluir uma vertente psicoeducativa bem sistematizada e associar-se a um programa de reabilitação. Esta necessidade encontra algum apoio nos resultados de duas meta-análises abarcando um grande número de estudos. A primeira meta-análise (Linden *et al.*, 1996) concluiu que acrescentar uma intervenção psicológica ao programa de reabilitação para cardiopatia isquémica reduz o risco de recorrência da doença cardíaca e de mortalidade durante os dois anos iniciais; a segunda (Dusseldorp *et al.*, 1999) mostrou que os programas de reabilitação com um grande ênfase na saúde física e na modificação dos factores de risco coronário, além de melhorarem alguns factores de risco cardiovascular parecem reduzir o risco de mortalidade cardíaca e de reenfarte.

Em suma, os resultados do presente estudo comprovam a efectividade de uma intervenção de PL na prevenção/tratamento de sintomas depressivos e ansiosos e na melhoria da qualidade de vida de doentes com doença coronária. No entanto, ao não evidenciar um impacto significativo nas variáveis relacionadas com a evolução da doença coronária, eles reforçam a hipótese, levantada por outros autores (Carney *et al.*, 1999; Lane *et al.*, 2003), de que uma simples diminuição da depressão não será por si só suficiente para garantir um impacto evidente e imediato na evolução da doença coronária.

☞ CONTRIBUIÇÕES DO PRESENTE ESTUDO PARA A CLÍNICA E PARA A INVESTIGAÇÃO

II 3.4.

ASPECTOS CLÍNICOS E DE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS

II 3.4.1.

O presente estudo incluiu duas partes, uma epidemiológica e outra de avaliação da efectividade de uma intervenção de PL. Os resultados destas duas dimensões permitem-nos formular alguns juízos eventualmente relevantes para o estabelecimento de *guidelines* clínicas e de organização de serviços, no campo da cardiopatia isquémica e da Psiquiatria de Ligação.

No que respeita à frequência de morbilidade psiquiátrica, encontrámos prevalências elevadas de sintomas de depressão e de ansiedade, (em particular de ansiedade) na amostra de doentes estudada, nas primeiras 48 horas de internamento. A importância dos níveis iniciais de depressão e ansiedade enquanto predictores de complicações cardíacas e de mortalidade nos anos subsequentes, tem sido repetidamente apontada na literatura (Barefoot *et al.*, 1996; Bush *et al.*, 2001; Lespérance *et al.*, 2000, 2002 para a depressão; Moser e Dracup, 1996 para a ansiedade). Assim sendo, os resultados encontrados relativamente à prevalência de perturbações depressivas e ansiosas sugerem a necessidade de se incluir uma pesquisa sistemática das perturbações emocionais entre os procedimentos de rotina aplicados aos doentes que sofreram um acidente coronário agudo. Uma vez que na avaliação inicial os níveis médios de depressão e de ansiedade foram significativamente mais altos nas doentes do sexo feminino, uma atenção especial deverá ser dedicada a este

grupo de doentes.

Como assegurar a detecção dos casos sintomáticos? Quais as intervenções que melhor podem responder às necessidades destes doentes? Por quanto tempo se devem prolongar? Quais os modelos organizacionais mais adequados para garantir a prestação dos cuidados indispensáveis? Estas são as grandes questões a nível da clínica e da organização de serviços para as quais é fundamental encontrar resposta. A detecção dos doentes com perturbações de ansiedade e depressão pode ser feita através da aplicação de escalas como a que se utilizou neste estudo ou através de avaliação clínica. No entanto, qualquer que seja o método utilizado, os resultados do estudo sugerem que não é suficiente uma avaliação no início do internamento. A evolução da prevalência de perturbações emocionais no decurso dos 6 meses seguintes mostrou que alguns casos surgem posteriormente à alta. Embora tanto a prevalência de ansiedade como a de depressão no GC tenham diminuído ligeiramente no decurso do internamento, verificou-se em ambos os casos um aumento acentuado no período pós alta. No caso da depressão, nas avaliações realizadas aos três e aos seis meses; no caso da ansiedade, em todas as avaliações até aos seis meses.

Estes factos, confirmados pela literatura (Lloyd e Cawley, 1983; Havik e Maeland, 1990; Lane *et al.*, 2002), sugerem que importa garantir um acompanhamento e reavaliação dos doentes no período de pelo menos 6 meses após o acidente coronário agudo. Só assim será possível, por um lado, monitorizar a evolução dos doentes já anteriormente detectados e, por outro, detectar os novos casos de depressão e ansiedade que, de acordo com os estudos longitudinais referidos (Lloyd e Cawley, 1983; Havik e Maeland, 1990; Lane *et al.*, 2002), podem ocorrer no decurso dos primeiros seis meses de evolução.

Os resultados do estudo mostraram que a intervenção de PL utilizada durante o período de internamento foi efectiva na modificação do estado emocional dos doentes do GI, permitindo uma diminuição da depressão e da ansiedade (sobretudo da primeira). Parece assim comprovar-se que uma intervenção, integrada e escalonada de acordo com as necessidades dos doentes, durante o período de internamento pode assegurar um acompanhamento adequado das perturbações emocionais detectadas e pode, inclusivamente, ter um efeito que se prolonga para além do internamento. A existência de um programa de PL a nível do hospital

parece um bom modelo para assegurar a triagem dos casos sintomáticos e promover a qualidade dos cuidados prestados a estes doentes. Um programa de PL permite a integração, nos protocolos de rotina, de procedimentos de triagem e intervenção clínica dirigidos aos aspectos psiquiátricos, facilita a formação dos técnicos da unidade de cardiologia no manejo destes aspectos e garante a possibilidade de uma intervenção especializada nos casos mais graves. No entanto, uma vez que as perturbações psiquiátricas se prolongam pelo período extra-hospitalar, é desejável que esta articulação de serviços se mantenha para além da alta dos doentes. Deste modo, as consultas de cardiologia e os cuidados de saúde primários deverão estar articulados com os cuidados de saúde mental ambulatoriais. Estes, por sua vez, deverão estar organizados segundo um modelo de Psiquiatria de Ligação, ou seja, numa perspectiva de colaboração com as valências médicas do ambulatório, facilitando a referenciação de doentes, a discussão de casos e o estabelecimento conjunto de planos terapêuticos individualizados.

A questão de qual o tipo de intervenção mais adequado para o manejo das perturbações emocionais nestes doentes tem suscitado muita discussão. Na literatura encontramos estudos sobre intervenções baseadas em diferentes tipos de abordagem (psicoterapêutica, psicofarmacológica, psicoeducativa, relaxação, exercício), utilizados separada ou conjuntamente, mas os resultados não são totalmente claros. Um número apreciável de estudos mostrou um impacto positivo das intervenções utilizadas a nível das perturbações emocionais e/ou dos indicadores de evolução da doença coronária. No entanto, na altura em que o presente estudo se realizou permanecia por esclarecer a contribuição específica de cada uma das dimensões das intervenções avaliadas. Neste contexto, e tomando em consideração a natureza complexa e multifactorial dos aspectos etiopatogénicos e clínicos envolvidos, pareceu-nos que uma intervenção multimodal, integrada e escalonada de acordo com as necessidades de cada doente seria, em princípio, a que poderia ter mais condições de sucesso. Os resultados obtidos no presente estudo comprovaram este sucesso no que respeita à melhoria das perturbações psiquiátricas e da qualidade de vida, mas não em relação à evolução da doença coronária. Articulando estes resultados com o que actualmente se sabe sobre a evolução das perturbações emocionais no período após o acidente coronário e a forma como se processa a sua influência sobre a evolução da doença coronária, é possível avançar com algumas ilações

quanto ao tipo e duração de intervenção mais indicados. Se tomarmos também em consideração o que se tem vindo a descobrir sobre a importância dos programas de reabilitação física e das acções psicoeducativas destinadas a modificar comportamentos de risco, podemos precisar ainda melhor estas ilações. A primeira delas seria a de que, no estado actual do conhecimento nesta área, importa assegurar intervenções multimodais e integradas, capazes de responder de uma forma escalonada e adaptada às necessidades específicas de cada doente. Segundo, que estas intervenções iniciadas durante o internamento, devem prolongar-se muito para além da alta hospitalar, o que pressupõe uma ligação entre cuidados psiquiátricos e médicos tanto ao nível do hospital geral como dos cuidados primários de saúde. Finalmente, que a intervenção de PL terá que estar estreitamente coordenada não só com os cuidados médicos, mas também com um programa sistemático que inclua a reabilitação física e um componente psicoeducativo destinado a modificar factores e comportamentos de risco cardiovascular.

II 3.4.2.

INVESTIGAÇÃO

Os resultados do presente estudo confirmaram algumas das hipóteses inicialmente colocadas, contribuindo para o conhecimento sobre o impacto de intervenções psicossociais na evolução de doentes que sofreram um acidente coronário. Os resultados, porém, ao não confirmarem o impacto esperado na melhoria da evolução da doença coronária, levantaram algumas questões relacionadas com as características, o *timing* e a duração das intervenções utilizadas, apontando para a necessidade de desenvolvimento de algumas linhas de investigação nestes campos.

Uma primeira linha de investigação, cujo prosseguimento é claramente sugerido pelos resultados do estudo, é a de estudos de intervenção que permitam testar a efectividade de diferentes modelos, de acordo com o conteúdo da intervenção (psicoterapia, educação para a saúde, gestão de *stress*, reforço do suporte social, psicofármacos), o seu *timing* e a sua duração. Neste campo, parece-nos especialmente importante investigar o impacto específico do factor tempo, dada a evidência existente sobre a sua influência na relação entre depressão e doença coronária. Será também importante desenvolver estudos com populações homogéneas, de

modo a ter uma ideia mais clara de quais as intervenções mais indicadas para grupos específicos de doentes. É o caso, por exemplo, de estudos de intervenção com diferentes grupos de doentes depressivos (depressão major e minor) ou com diferentes grupos de doentes coronários (doentes com EAM versus doentes com angina instável), que poderão não só clarificar quais as intervenções mais indicadas para cada grupo, como ajudar a compreender as relações entre depressão e doença coronária. A articulação entre a intervenção psiquiátrica, as outras intervenções médicas e as acções de carácter psicoeducativo e de reabilitação continua a ser uma questão relevante, constituindo indiscutivelmente uma área de investigação que requer ser aprofundada.

A questão fundamental das relações entre ansiedade e depressão, por um lado, e o desencadear ou o agravamento de doença coronária, por outro, esteve sempre subjacente na discussão dos resultados. Sem uma maior compreensão dos mecanismos e vias pelos quais as perturbações emocionais estão associadas à pior evolução da cardiopatia isquémica e ao aumento da mortalidade não será possível avançar, significativamente, no desenho de intervenções psicossociais capazes de influenciar de uma forma poderosa a evolução da doença coronária. Os estudos de intervenção poderão dar um contributo para a clarificação desta questão crucial. No entanto, ela só poderá ser esclarecida através da conjugação de diferentes áreas de investigação, tanto biológica como clínica, nos campos da psiquiatria e da cardiologia.

❧ LIMITAÇÕES DO ESTUDO


II 3.5.

Uma das limitações do nosso estudo ficou a dever-se à dimensão da amostra estudada. O projecto fora calculado inicialmente para se desenrolar durante um ano, o que, de acordo com a casuística da UTIC nos anos anteriores, permitiria incluir 50 doentes em cada um dos grupos. No entanto, durante o ano em que o estudo decorreu, o número de doentes internados por EAM e AI foi inferior ao esperado e limitações, tanto do tempo concedido à investigadora principal, como da disponibilidade das outras colaboradoras, não permitiram o seu prosseguimento.

A informação colhida sobre a doença coronária nos doentes do estudo poderia ter sido mais detalhada. Aspectos tais como a realização de trombólise, a fracção de ejeção do ventrículo esquerdo e a prescrição de beta-bloqueantes, a existência de factores de risco coronários clássicos, como por exemplo níveis de colesterol, tensão arterial, índice de massa corporal e hábitos tabágicos prévios, o nível de exercício físico existente antes do acidente coronário e no final do estudo permitiriam comparar em mais detalhe o GI e o GC na avaliação inicial e no *follow-up* quanto à evolução da doença coronária.

A falta de independência da investigadora principal que, embora não tenha participado na avaliação inicial pré-aleatorização, sabia no entanto a que grupo tinham sido distribuídos os doentes e contactou, mesmo que brevemente, com doentes do grupo de controlo que se encontravam nas mesmas enfermarias dos do grupo de intervenção, constitui outra limitação do estudo.

A falta de aferição de alguns instrumentos para a população portuguesa limita a comparação destes resultados com os de outros estudos.

Finalmente, os resultados do presente estudo não podem ser generalizados a outros grupos de doentes como por exemplo, a doentes com EAM Classes III e IV de Killip e a populações exclusivamente do sexo feminino, idosas ou de raça não caucasiana. 



CONCLUSÕES

Os resultados apresentados permitem-nos estabelecer várias conclusões quanto à morbilidade psiquiátrica em doentes internados numa unidade de cuidados intensivos para coronários e posterior evolução dos sintomas ansiosos e depressivos:

1. Mais de metade dos doentes internados por acidente coronário agudo numa unidade de cuidados intensivos apresentou níveis de ansiedade iguais ou acima de 8 na Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), níveis estes considerados sintomáticos.
2. Mais de um quinto dos mesmos doentes apresentou níveis de depressão considerados sintomáticos (iguais ou acima de 8 na HADS).
3. Cerca de um décimo apresentou perturbações cognitivas ligeiras a moderadas.
4. Os doentes do sexo feminino tinham níveis significativamente mais altos de ansiedade e de depressão em relação aos do sexo masculino.
5. A evolução natural dos sintomas de depressão mostrou um agravamento pós-alta, com uma redução progressiva até aos seis meses de *follow-up*.
6. A evolução natural dos sintomas de ansiedade mostrou também um aumento marcado após a alta que se manteve até seis meses mais tarde.

Os resultados deste estudo permitem igualmente estabelecer algumas conclusões no que respeita à efectividade da intervenção realizada:

1. Uma intervenção sistemática de Psiquiatria de Ligação reduziu de forma significativa o nível médio de depressão no final do *follow-up* e o número de doentes com sintomas depressivos acima do ponto de corte da escala HADS aos 3 e 6 meses de *follow-up*.
2. A mesma intervenção reduziu de forma significativa o número de doentes com sintomas ansiosos acima do ponto de corte da escala HADS aos 3 mas não aos 6 meses de *follow-up*.
3. A intervenção realizada melhorou igualmente de forma significativa os aspectos emocionais da qualidade de vida ao mês e meio e 3 meses de *follow-up*.
4. A intervenção não teve efeito significativo na evolução da doença coronária ou na mortalidade.

Estas conclusões constituem fundamento para algumas sugestões com impacto a nível tanto clínico como de organização de serviços:

1. A detecção de quadros depressivos e ansiosos em doentes com acidentes coronários está aconselhada como procedimento de rotina.
2. Os casos detectados deverão ser referenciados aos serviços de PL para avaliação e, se necessário, tratamento.
3. É aconselhável que os mesmos doentes sejam, por rotina, reavaliados psicologicamente nos meses imediatos à alta e referenciados para tratamento psiquiátrico sempre que necessário.
4. É desejável que a abordagem terapêutica iniciada nos hospitais gerais pelos serviços de PL possa prolongar-se a nível dos cuidados extra-hospitalares.
5. É aconselhável o desenvolvimento de programas psicoeducativos estruturados e sistemáticos e de programas de reabilitação física pós-alta para doentes com acidente coronário agudo.
6. As intervenções de PL nos doentes com cardiopatia isquémica deverão ser multi-modais e articuladas com os programas de reabilitação cardíaca.

Embora este estudo tenha permitido responder a uma parte das hipóteses colocadas inicialmente, ele veio por outro lado levantar novas questões no campo das intervenções psicossociais na cardiopatia isquémica. A investigação que nos parece neste momento mais necessária inclui:

1. Em primeiro lugar, estudos clínicos comparando vários tipos de intervenções psicossociais na cardiopatia isquémica (exercício, aconselhamento, psicoterapia, psicoeducação) de forma a permitir clarificar os efeitos de cada uma delas.
2. Avaliação e comparação de intervenções que se prolonguem para além da alta e que tenham diferentes intensidades e *timings*.
3. Utilização de grupos homogêneos de doentes com cardiopatia isquémica que permita perceber quais os tipos de intervenção que melhor funcionam para cada grupo.
4. Em último lugar, estudos tanto a nível biológico como clínico que contribuam para a clarificação dos mecanismos de associação das perturbações emocionais, entre as quais a depressão, com o risco aumentado de morbilidade e de mortalidade na doença coronária. ✍



BIBLIOGRAFIA

∞ BIBLIOGRAFIA

- Ackerman AD, Lyons JS, Hammer JS, Larson DB (1988) The impact of coexisting depression and timing of psychiatric consultation on medical patients' length of stay. *Hosp Community Psychiatry*, 39(2): 173-176
- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M (1997) "Vascular depression" hypothesis. *Arch Gen Hosp*, 54:915-922
- Allison TG, Farkouh ME, Smars PA, Evans RW, Gabriel SE, Kopecky SL, Gibbons RJ, Reeder GS (2000) Management of coronary risk factors by registered nurses versus usual care in patients with unstable angina pectoris (A Chest Pain Evaluation in the Emergency Room [CHEER] Substudy). *Am J Cardiol*, 86: 133-138
- Anthony JC, Leresche L, Niaz U, Von Korff MR, Folstein MF (1982) Limits of the "Mini-Mental State" as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. *Psychol Med*, 12: 397-408
- Appels A, Bär FW, Bär J, Bruggeman C, de Baets M (2000) Inflammation, depressive symptomatology, and coronary artery disease. *Psychosom Med*, 62: 601-605
- Ariyo AA, Haan M, Tangen CM, Rutledge JC, Cushman M, Dobs A, Furberg CD (2000) Depressive symptoms, risk of coronary heart disease and mortality in elderly Americans. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. *Circulation*, 102(15): 1773-1779
- Baker RA, Andrew MJ, Schrader G, Knight JL (2001) Preoperative depression and mortality in coronary artery bypass surgery: Preliminary findings. *Austr N Z J Surgery*, 71(3): 139-142
- Barbosa A (1989) *Aspectos Psicossociais da Úlcera Duodenal*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Barefoot JC, Schroll M (1996) Symptoms of depression, acute myocardial infarction and total mortality in a community sample. *Circulation*, 93: 1976-1980
- Barefoot JC, Brummett BH, Helms MJ, Mark DB, Siegler IC, Williams RB (2000) Depressive symptoms and survival of patients with coronary artery disease. *Psychosom Med*, 62: 790-795
- Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C (2004) Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom Med*, 66(6): 802-13.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4: 561-571

- Beekman AT, Deeg DJ, Braam AW, Smit JH, Van Tilburg W (1997) Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychol Med*, 27(6):1397-1409
- Bergman K, Eastham EJ. (1974) Psychogeriatric ascertainment and assessment for treatment in an acute medical ward setting. *Age Ageing*, 3: 174-188
- Billings EG (1939) Liaison psychiatry and intern instruction. *J Assoc Am Med Coll*, 14: 376-385
- Black JL, Allison, TG, Williams DE, Rummans TA, Gau GT (1998) Effect of intervention for psychological distress on rehospitalization rates in cardiac rehabilitation patients. *Psychosomatics*, 39(2): 134-143
- Blumenthal JA, Sherwood A, Babyak MA, Watkins LL, Waugh R, Georgiades A, Bacon SL, Hayano J, Coleman RE, Hinderliter A (2005) Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease. *JAMA*, 293: 1626-1634
- Boone CR, Coulton CJ, Keller SM (1981) The impact of early and comprehensive social work services on length of stay. *Soc Work Health Care*, 7: 1-9
- Borgquist L, Nilsson LT, Lindelow G, Wiklund I, Thorngren KG (1992) Perceived health in hip-fractured patients: a prospective follow-up of 100 patients. *Age Ageing*, 21(2): 109-116
- Botea NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Cjr, Pereira WA (1995) [Mood disorders among inpatients and validation of the anxiety and depression scale HAD]. *Rev Saude Publica*, 29(5): 355-363
- Bridges KW, Goldberg DP (1984) Psychiatric illness in in-patients with neurological disorders: patients' views on discussion of emotional problems with neurologists. *Br Med J*, 289: 656-658.
- Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK (1990) Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*, 264: 2524-2528
- Bronheim HE, Fulop G, Kunkel EJ, Muskin PR, Schindler BA, Yates WR, Shaw R, Steiner H, Stern TA, Stoudemire A (1998) The Academy of Psychosomatic Medicine practice guidelines for psychiatric consultation in the general medical settings. *Psychosomatics*, 39(4): S8-30.
- Bruce ML, Leaf PL (1989) Psychiatric disorders and 15-month mortality in a community sample of older adults. *Am J Public Health*, 79(6): 727-730
- Bush DE, Ziegelstein RC, Tayback M, Richter D, Stevens S, Zahalsky H, Fauerbach JA (2001) Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*, 88: 337-314

Bukberg J, Penman D, Holland J (1984) Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med*, 46: 199-212

Burgess AW, Lerner DJ, D'Agostino RB, Vokonas PS, Hartman CR, Gaccione P (1987) A randomized controlled trial of cardiac rehabilitation. *Soc Sci Med*, 24(4): 359-370

Caldas de Almeida JM (1985) *A adaptação do insuficiente renal crónico à hemodiálise: estudo da influência da personalidade e das matrizes familiar, sócio-cultural e terapêutica*. Dissertação de Douto-ramento, Faculdade Ciências Médicas, Lisboa

Cardoso G, Barbosa A, França de Sousa J (1988a) Psiquiatria de Ligação num Hospital Geral: novas perspectivas. *Acta Med Port*, 4/5/6: 296-303

Cardoso G, Poole da Costa (1989) A Psiquiatria de Ligação nos hospitais gerais. Resultados de um inquérito nacional. (Não publicado)

Cardoso G, Santos N, Heitor MJ (1995) Morbilidade psiquiátrica num hospital geral. Actas Congresso Mundial de Epidemiologia Psiquiátrica, Lisboa

Cardoso G, Correia TM, Luís A (1997) Garantia de Qualidade em Psiquiatria de Ligação, experiência de um centro português. *Acta Med Port*, 12: 863-869

Carney RM, Rich MW, teVelde A, Saini J, Clark K, Jaffe AS (1987) Major depressive disorder in coronary artery disease. *Am J Cardiol*, 60: 1273-1275

Carney RM, Rich MW, Freedland KE, Saini J, teVelde A, Simeone C, Clark K (1988) Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. *Psychosom Med*, 50(6): 627-633

Carney RM, Saunders RD, Freedland KE, Stein P, Rich MW, Jaffe AS (1995a) Association of depression with reduced heart rate variability in coronary artery disease. *Am J Cardiol*, 67: 562-564.

Carney RM, Freedland KE, Rich MW, Jaffe AS (1995b) Depression as a risk factor for cardiac events: a review of possible mechanisms. *Ann Behav Med*, 17: 142-149

Carney RM, Freedland KE, Veith RC, Jaffe AS (1999) Can treating depression reduce mortality after an acute myocardial infarction? *Psychosom Med*, 61: 666-675

Carney RM, Blumenthal JA, Catellier D, Freedland KE, Berkman LF, Watkins LL, Czajkowski SM, Hayano J, Jaffe AS (2003) Depression as a risk factor for mortality after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*, 92:1277-1281

- Cassem N, Hackett T (1971) Psychiatric consultation in a Coronary Care Unit. *Ann Intern Med*, 75: 9-14
- Catalan J, Gath DH, Anastiades P, et al (1991) Evaluation of a brief psychological treatment for emotional disorders in primary care. *Psychol Med*, 21: 1013-1018
- Cavanaugh SA (1983) The prevalence of emotional and cognitive dysfunction in a general medical population using the MMSE, GHQ, and BDI. *Gen Hosp Psychiatry*, 5: 15-24
- Chen CH, Chen WJ, Cheng AT (2004) Prevalence and identification of alcohol use disorders among non-psychiatric inpatients in one general hospital. *Gen Hosp Psychiatry*, 26(3): 219-25.
- Cheok F, Schrader G, Banham D, Marker J, Hordacre AL (2003) Identification, course, and treatment of depression after admission for a cardiac condition: rationale and patient characteristics for the Identifying Depression As a Comorbid Condition (IDACC) project. *Am Heart J*, 146: 978-984
- Clare A, Cairns V (1978) Design, development and use of a standardized interview to assess social maladjustment and dysfunction in community studies. *Psychol Med*, 8: 589-604
- Coelho R (1990) *Hipertensão Arterial Essencial. Abordagem psicossomática de um modelo integrado de desregulação*. Dissertação de Doutorado, Faculdade de Medicina do Porto, Porto.
- Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR, Janosky JE, Arena VC (1990) Medical comorbidity of major depressive disorder in a primary medical practice. *Arch Intern Med*, 150: 2363-2367
- Creed F, Guthrie E (1996) The classification of psychiatric disorders and their relationship to physical disorders. In: *Seminars on Liaison Psychiatry*, editado por E Guthrie e F Creed, The Royal College of Psychiatrists, London, pp. 53-74
- Crowe JM, Runions J, Ebbessen LS, Oldridge NB, Streiner DL (1996) Anxiety and depression after acute myocardial infarction. *Heart Lung*, 25(2): 98-107
- Davis BR, Furberg CD, Williams CB (1987) Survival analysis of adverse effects data in the Beta-Blocker Heart Attack Trial. *Clin Pharmacol Ther*, 41: 611-615
- de Jonge O, Huyse FJ, Slaets JPJ, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, Opmeer BC, Stein B, Arolt V, Balogh N, Cardoso G, Fink P, Rigatelli M, van Dijk R, Mellenbergh GJ (2001a) Care complexity in the general hospital. Results from a European Study. *Psychosomatics*, 42: 204-212
- de Jonge O, Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Slaets JPJ, Lyons JS, Opmeer BC, Stein B, Arolt V, Balogh N, Cardoso G, Fink P, Rigatelli M (2001b) Risk factors for complex care needs in general medical inpatients. Results from a European Study. *Psychosomatics*, 42: 213-221

- Denollet J, Brusaert DL (2001) Reducing emotional distress improves prognosis in coronary heart disease: 9-year mortality in a clinical trial of rehabilitation. *Circulation*, 104(17): 2018-2023
- de Paulo JR, Gordon B (1980) Psychiatric screening in a neurological ward. *Psychol Med*, 10: 125-132
- Derogatis LR, Morrow GE, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CLM (1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249: 751-757
- Devine EC, Cook TD (1983) A meta-analytic analysis of effects of psychoeducational interventions on the length of post-surgical hospital stay. *Nurs Res*, 32: 267-274
- Dracup K, Moser DK, Marsden C, Taylor SE, Guzy PM (1991) Effects of a multi-dimensional cardiopulmonary rehabilitation program on psychosocial function. *Am J Cardiol*, 68(1): 31-34
- Dunbar HF, Wolfe TP, Rioch JM (1936) Psychiatric aspects of medical problems. *Am J Psychiatry*, 93: 649-679
- Dusseldorp E, van Elderen T, Meulman J, Kraaij V (1999) A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol*, 18(5): 506-519
- Ebrahim S, Barer D, Nouri F (1986) Use of the Nottingham Health Profile with patients after stroke. *J Epidemiol Community Health*, 40(2): 166-169
- Engel GL, Green WL, Reichsman F, Schmale A, Ashenburg N (1957) A graduate and undergraduate teaching program on the psychological aspects of medicine. *J Med Educ*, 32(12): 859-871
- Engel GL (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 8; 196(4286): 129-136.
- Engel GL (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137(5): 535-544
- Evans DL (1999) Depression in the medical setting: biopsychosocial interactions and treatment considerations. *J Clin Psychiatry*, 60 (suppl 4): 40-55
- Ewing JA (1984) Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA*, 252: 1905-1907
- Feldman EJ, Mayou RA, Hawton KE, Ardern M, Smith EB (1987) Psychiatric disorder in medical in-patients. *Quarterly J Med*, 63(241): 405-412

- Ferketich AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML (2000) Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Intern Med*, 160(9): 1261-8.
- Ferreira PL, Melo E (1999) Percepção de saúde e qualidade de vida: validação intercultural do perfil de saúde Nottingham. *Nursing*, 135: 23-29
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975) "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res*, 12: 189-198
- Fonseca AF, Rente F e Almeida Santos J (1966) Psicossomática e dermatoses. Actas VI Congresso Luso-Espanhol de Dermatologia, 1: 239
- Forrester AW, Lipsey JR, Teitelbaum ML, DePaulo JR, Andrzejewski PL (1992) Depression following myocardial infarction. *Int J Psychiatry Med*, 22(10): 33-46
- Frasure-Smith N, Prince R (1985) The Ischemic Heart Disease Life Stress Monitoring Program: impact on mortality. *Psychosom Med*, 47: 431-445
- Frasure-Smith N, Prince R (1989) Long-term follow-up of the ischemic heart disease life stress monitoring program. *Psychosom Med*, 51: 485-513
- Frasure-Smith N (1991) In-hospital symptoms of psychological stress as predictors of long-term outcome after acute myocardial infarction in men. *Am J Cardiol*, 67:121-127
- Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M (1993) Depression following myocardial infarction: Impact on 6-month survival. *JAMA*, 270(15): 1819-1825
- Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M (1995) Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 91(4): 999-1005
- Frasure-Smith N, Lespérance F, Prince RH, Verrier P, Garber RA, Juneau M, Wolfson C, Bourassa MG (1997) Randomised controlled trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *Lancet*, 350(9076): 473-479
- Frasure-Smith N, Lespérance F, Juneau M, Talajic M, Bourassa MG (1999) Gender, depression, and one-year prognosis after myocardial infarction. *Psychosom Med*, 61: 26-37
- Frasure-Smith N, Lespérance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, Bourassa MG (2000) Depression and health-care costs during the first year following myocardial infarction. *J Psychosom Res*, 48: 471-478

Frasure-Smith N, Lespérance F (2003) Depression – A cardiac factor in search of a treatment. *JAMA*, 289(23): 3171–3173

Frasure-Smith N (2004) Comunicação pessoal

Fridlund B, Hogstedt B, Lidell E, Larsson PA (1991) Recovery after myocardial infarction. Effects of a caring rehabilitation programme. *Scand J Caring Sci*, 5(1): 23–32

Fulop G, Strain JJ, Vita J, Lyons JS, Hammer JS (1987) Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay for medical/surgical patients: a preliminary report. *Am J Psychiatry*, 144: 878–882

Gallagher R, McKinley S, Dracup K (2003) Effects of a telephone counseling intervention on a psychosocial adjustment in women following a cardiac event. *Heart Lung*, 32: 79–87

Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R (2003) Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*, 18;289(23): 3145–3151

Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM, Swedberg K, Schwartz P, Bigger JT, Krishnan KR, van Zyl LT, Swenson JR, Finkel MS, Landau C, Shapiro PA, Pepine CJ, Mardekian J, Harrison WM, Barton D, McIvor M; Sertraline Antidepressant Heart Attack Randomized Trial (SADHEART) Group (2002) Sertraline treatment of major depression inpatients with acute MI or unstable angina. *JAMA*, 288(6): 701–709

Goldberg DP, Hillier VF (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*, 9: 139–145

Gonzales MB, Snyderman TB, Colket JT, Arias RM, Jiang JW, O'Connor CM, Krishnan KR (1996) Depression in patients with coronary artery disease. *Depression*, 4(2): 57–62

Gruen W (1975) Effects of brief psychotherapy during the hospitalization period on the recovery process in heart attacks. *J Consult Clin Psychol*, 43(2): 223–232

Guerreiro M, Silva AP, Botelho MA, Leitão O, Garcia C (1994) Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Rev Port Neurologia*, 1: 9

Haines AP, Imeson JD, Meade TW (1987) Phobic anxiety and ischaemic heart disease. *Br Med J*, 295: 297–299

Hance M, Carney RM, Freedland KE, Skala J (1996) Depression in patients with coronary heart disease. A 12-month follow-up. *Gen Hosp Psychiatry*, 18(1): 61–65

- Hardman A, Maguire P, Crowther D (1989) The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *J Psychosom Res*, 33(2): 235-239.
- Havik OE, Maedland JG (1990) Patterns of emotional reactions after a myocardial infarction. *J Psychosom Res*, 34(3): 271-285.
- Hawton K (1981) The long-term outcome of psychiatric morbidity detected in general medical patients. *J Psychosom Res*, 25(3): 237-243
- Haynes SG, Levine S, Scotch N, Feinleib M, Kannel WB (1978a) The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. 1. Methods and risk factors. *Am J Epidemiol*, 107: 362-383
- Haynes SG, Feinleib M, Levine S, Scotch N, Kannel WB (1978b) The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. 2. Prevalence of coronary heart disease. *Am J Epidemiol*, 107: 384-402
- Hedbäck B, Perk J, Wodlin P (1993) Long-term reduction of cardiac mortality after myocardial infarction: 10-year results of a comprehensive rehabilitation programme. *Eur Heart J*, 14: 831-835
- Hengeveld MW, Ancion FA, Rooijmans HG (1988) Psychiatric consultations with depressed medical inpatients: a randomized controlled cost-effectiveness study. *Intern J Psychiatry Med*, 17(40): 341-349
- Henry GW (1929) Some modern aspects of psychiatry in a general hospital practice. *Am J Psychiatry*, 86: 481-499
- Herzog T, Huyse FJ, Malt UF (1995) Quality assurance in C-L psychiatry and psychosomatics: development and implementation of a European quality assurance system. In: *Biomedical and Health Research. The Biomed1 Programme* (Grant BMH1-CT94-1706), editado por EA Baert, Amsterdam, the Netherlands, IOS Press Ohmsha, pp 525-526
- Horlick L, Cameron R, Firor W, Bhalerao U, Baltzan R (1984) The effects of education and group discussion in the post myocardial infarction patient. *J Psychosom Res*, 28(6): 485-492
- Hunt SM (1984) Nottingham Health Profile. In: *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*, editado por NK Wenger, ME Mattson, CD Furberg CD, J Elinson, Le Jacq Publishers, EUA, pp 165-169
- Hunt SM, McEwen J (1980) The development of a subjective health indicator. *Sociology Health Illness*, 2: 231-245

Hunt SM, McEwen J, McKenna SP (1986) *Measuring Health Status*. Croom Helm, Londres

Huyse FJ (1991) Consultation-liaison psychiatry. Does it help to get organized? The European Consultation-Liaison Workgroup. *Gen Hosp Psychiatry*, 13(3): 183-187

Huyse FJ, Herzog T, Malt UF (1993) A screening instrument for the detection of psychosocial risk factors in patients admitted to general hospital wards. In: *Biomedical and Health Research. The Biomed1 Programme* (Grant BMH1-CT93-1180), editado por EA Baert, Amsterdam, the Netherlands, IOS Press Ohmsha, pp 496-497

Huyse FJ, Herzog T, Malt UF, Lobo A & the ECLW (1996) The European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) Collaborative Study. I. General outline. *Gen Hosp Psychiatry*, 18(1): 44-55

Huyse FJ, de Jonge P, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JP (1999) INTERMED: a tool for controlling for confounding variables and designing multimodal treatment. *J Psychosomatic Res*, 46(4): 401-402

Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, Cardoso G, Creed F, Crespo MD, Guimarães-Lopes R, Mayou R, van Moffaert M, Rigatelli M, Sakkas P, Tienari P (2000a) European Consultation-Liaison Services and their user populations: the European Consultation-Liaison Workgroup Collaborative Study. *Psychosomatics*, 41(4): 330-338

Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, Creed F, Crespo MD, Cardoso G, Guimarães-Lopes R, Mayou R, van Moffaert M, Rigatelli M, Sakkas P, Tienari P (2000b) European Consultation-Liaison Psychiatric Services: the ECLW Collaborative Study. *Acta Psychiatr Scand*, 101(5): 360-366

Huyse FJ, Herzog T, Malt UF (2001a) International perspectives on Consultation Liaison Psychiatry. In: *American Publishing Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry: Psychiatry in the Medically Ill* (2a edição), editado por Michael G. Wise e James R. Rundell, pp 203-233

Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, de Jonge P, van Dijk R, Creed F, Crespo MD, Cardoso G, Guimarães-Lopes R, Mayou R, van Moffaert M, Rigatelli M, Sakkas P, Tienari P (2001b) Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry*, 23: 124-132

Huyse FJ, de Jonge P, Slaets JPJ, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, Opmeer BC, Stein B, Arolt V, Balogh N, Cardoso G, Fink P, Rigatelli M (2001c) COMPRI – An instrument to detect patients with complex care needs. Results from a European Study. *Psychosomatics*, 42: 222-228

Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel F, Slaets J, de Jonge P, Latour C (2001d) Operationalizing the biopsychosocial model: the INTERMED. *Psychosomatics*, 42(1): 5-13

- Ibrahim MA, Feldman JG, Sultz HA, Staiman MG, Young LJ, Dean D (1974) Management after myocardial infarction: a controlled trial of the effect of group psychotherapy. *Int'l J Psychiatry Med*, 5(3): 253-268
- Johnston M, Wakeling A, Graham N, Stokes F (1987) Cognitive impairment, emotional disorder, and LOS of elderly patients in a district general hospital. *Br J Med Psychol*, 60:133-139
- Jones DA, West RR (1996) Psychological rehabilitation after myocardial infarction: multicentre randomised controlled trial. *Br Med J*, 313: 1517-1521
- Kallio V, Hämäläinen H, Hakkila J, Luurila OJ (1979) Reduction in sudden deaths by a multifactorial intervention programme after acute myocardial infarction. *Lancet*, 2(8152):1091-1094
- Kaplan RM (1988) Health-related quality of life in cardiovascular disease. *J Consult Clin Psychol*, 56(3): 382-392
- Kashner MT, Rost K, Cohen B, Anderson M, Smith GR (1995) Enhancing the health of somatization disorder patients: effectiveness of short-term group therapy. *Psychosomatics*, 36: 462-470
- Kathol R, Petty F (1981) Relationship of depression to medical illness. *J Affective Disorders*, 3: 111-121
- Katon W, Egan K, Miller D (1985) Chronic pain: lifetime psychiatric diagnoses and family history. *Am J Psychiatry*, 142: 1156-1160
- Katon W, Von Korff M, Lin EH, Bush T, Russo J, Lipscomb P, Wagner E (1992) A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high-utilizers. *Gen Hosp Psychiatry*, 14: 86-98
- Katon W, Gonzales J (1994) A review of randomized trials of psychiatric consultation-liaison studies in primary care. *Psychosomatics*, 35: 268-278
- Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G, Walker E, Unutzer J, Bush T, Russo J, Ludman E (1999) Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression. A randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 1109-1115
- Kaufman MR (1953) The role of the psychiatrist in a general hospital. *Psychiatry Quart*, 27: 367-381
- Kaufmann MW, Fitzgibbons JP, Sussman EJ, Reed JF, Einfalt JM, Rodgers JK, Fricchione GL (1999) Relation between myocardial infarction, depression, hostility, and death. *Am Heart J*, 138 (3 Pt1): 549-554

- Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, Weiss ST (1994) Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Age Study. *Circulation*, 90: 2225-2229
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 51: 8-19
- Knights E, Folstein MF (1977) Unsuspected emotional and cognitive disturbance in medical patients. *Ann Intern Med*, 87(6): 723-724
- Ko DT, Hebert PR, Coffey CS, Sedrakyan A, Curtis JP, Krumholz HM (2002) Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysfunction. *JAMA*, 288(3): 351-357
- Kornfeld D (2002) Consultation-Liaison Psychiatry: Contributions to Medical Practice. *Am J Psychiatry*, 159: 1964-1972
- Kubler-Ross E. (1969) *On death and dying*. The MacMillan Company, New York.
- Kubie LS (1944) The organization of a psychiatric service for a general hospital. *Psychosom Med*, 6: 252-272
- Ladwig KH, Breithardt G, Budde T, Borggreffe M (1994) Post-infarction depression and incomplete recovery 6 months after acute myocardial infarction. *Lancet*, 343: 20-23
- Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GYH (2000) Effects of depression and anxiety on mortality and quality of life 4 months after myocardial infarction. *J Psychosom Res*, 49: 229-238
- Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GYH (2001) Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosom Med*, 63: 211-230
- Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GYH (2002) In-hospital symptoms of depression do not predict mortality 3 years after myocardial infarction. *Internat J Epidemiol*, 31: 1179-1182
- Lane D, Carroll D, Lip GYH (2003) Anxiety, depression, and prognosis after myocardial infarction. Is there a causal association? *J Am Coll Cardiol*, 42(10):1808-1810
- Langosch W, Seer P, Brodner G, Kallinke D, Kulick B, Heim F (1982) Behavior therapy with coronary heart disease patients: results of a comparative study. *J Psychosom Res*, 26(5): 475-484

- Laureano Santos A (1991) *Um sistema de informação automatizado para unidades coronárias, sua aplicação na avaliação do prognóstico do enfarte de miocárdio*. Dissertação de Doutorado, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa
- Lauzon C, Beck CA, Huynh T, Dion D, Racine N, Carignan S, Diodati JG, Charbonneau F, Dupuis R, Pilote L (2003) Depression and prognosis following hospital admission because of acute myocardial infarction. *Can Med Assoc J*, 168(5): 547-552
- Lespérance F, Frasure-Smith N, Talajic M (1996) Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosom Med*, 58(2): 99-110.
- Lespérance F, Frasure-Smith N, Juneau M, Thérioux P (2000) Depression and 1-year prognosis in Unstable Angina. *Arch Intern Med*, 160: 1354-1360
- Lespérance F, Frasure-Smith N, Talajic M, Bourassa MG (2002) Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation*, 105: 1049-1053
- Lespérance F, Frasure-Smith N, Thérioux P, Irwin M (2004) The association between major depression and levels of soluble intercellular adhesion molecule 1, interleukin-6, and C-reactive protein in patients with acute coronary syndromes. *Am J Psychiatry*, 161(2): 271-277
- Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF (1990) Relation of psychopathology in general medical in-patients to use and cost of services. *Am J Psychiatry*, 147: 1498-1503
- Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF (1992) A randomized controlled trial of psychiatric consultation guided by screening in general medical inpatients. *Am J Psychiatry*, 149: 631-637
- Leviton SJ, Kornfeld DS (1981) Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *Am J Psychiatry*, 138: 790-79
- Levy NB (1974) *Living and Dying: Adaptation to Hemodialysis*, editado por Charles DC. Thomas, Springfield, Illinois
- Lewin B, Robertson IH, Cay EL, Irving JB, Campbell M (1992) Effects of self-help post-myocardial infarction rehabilitation on psychological adjustment and use of health services. *Lancet*, 339: 1036-1040
- Linden W, Stossel C, Maurice J (1996) Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease. A meta-analysis. *Arch Intern Med*, 156: 745-752
- Lipowski ZJ (1967) Review of consultation-liaison and psychosomatic medicine. I General Principles. *Psychosom Med*, 29(2): 153-171

Lipowski ZJ (1983) Current trends in Consultation-Liaison Psychiatry. *Can J Psychiatry*, 28(5): 329-338

Lipowski ZJ (1986) Consultation-Liaison Psychiatry: the first half-century. *Gen Hosp Psychiatry*, 8: 305-315

Lloyd G, Cawley RH (1978) Psychiatric morbidity in men one week after first myocardial infarction. *Br Med J*, 2: 1453-1454

Lloyd G, Cawley RH (1983) Distress or illness? A study of psychological symptoms after myocardial infarction. *Br J Psychiatry*, 142: 120-125

Lobo A, Huyse FJ, Herzog T, Malt UF, Opmeer B & the ECLW (1996) The ECLW Collaborative Study. II. Patient Registration Form (PRF) instrument, training and reliability. *J Psychosom Res* 40(2): 143-156

Lume J (1986) *Comportamento humano em situação artificial da vida, um trabalho de investigação em hemodiálise renal*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Medicina do Porto, Porto

Luukinen H, Laippala P, Huikuri HV (2003) Depressive symptoms and the risk of sudden cardiac death among the elderly. *Eur Heart J*, 24(22): 2021-2026

Machado Nunes JM (1988) *Aspectos psicossociais da cardiopatia isquémica*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa

Maguire GP, Julier DL, Hawton K, Bancroft JHJ (1974) Psychiatric morbidity and referral on two general medical wards. *Br Med J*, 1: 268-270

Malt UF, Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Rijssenbeek AJMM & the ECLW (1996) The ECLW Collaborative Study. III. Training and reliability of ICD-10 psychiatric diagnoses in the general hospital setting – an investigation of 220 consultants from 14 European Countries *J Psychosom Res*, 41(5): 451-463

Martin CR, Lewin RJP, Thompson DR (2003) A confirmatory factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale in coronary patients following acute myocardial infarction. *Psychiatry Res*, 120: 85-94

Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G, Bonizzato P, Covre MG, Cunico L, De Francesco M, Marinoni MG, Mosciaro C, Piccinelli M, Vaccari L, Tansella M (1999) Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: a two phase epidemiological survey. *Psychol Med*, 29(4): 823-832

- Mayou R, MacMahon D, Sleight P, Florencio MJ (1981) Early rehabilitation after myocardial infarction. *Lancet*, 2: 1399-1402
- Mayou RA, Hawton K (1986) Psychiatric disorder in the general hospital. *Br J Psychiatry*, 149: 172-190
- Mayou R, Hawton K, Feldman E (1988) What happens to medical patients with psychiatric disorder? *J Psychosom Res*, 32(4-5): 541-549
- Mayou R, Huyse F (1991) Consultation-Liaison Psychiatry in Western Europe. The European Consultation-Liaison Workgroup. *Gen Hosp Psychiatry*, 13(3): 188-208
- Mayou RA, Gill D, Thompson DR, Day A, Hicks N, Volmink J, Neil A (2000) Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosom Med*, 62: 212-219
- Mayou RA, Thompson DR, Clements A, Davies CH, Goodwin SJ, Normington K, Hicks N, Price J (2002) Guideline-based early rehabilitation after myocardial infarction. A pragmatic randomized controlled trial. *J Psychosom Res*, 52(2): 89-95
- McEwen J (1993) The Nottingham Health Profile. In: *Quality of life assessment: key issues in the 1990s*, editado por Walker e Rosser, Kluwer Academic Publishers, the Netherlands, pp. 111-130.
- McRae AL, Brady KT, Sonne SC (2001) Alcohol and substance abuse. *Med Clin North Am*, 85(3): 779-801
- Mendelson G. (1984) Psychosocial factors and the management of physical illness: a contribution to the cost-containment of medical care. *Austr N Z J Psychiatry*, 18: 211-216
- Miranda J, Muñoz R (1994) Intervention for minor depression in primary care patients. *Psychosom Med*, 56: 136-142
- Mitsibounas DN, Tsouna-Hadjis ED, Rotas V, Sideris DA (1992) Effects of group psychosocial intervention on coronary risk factors. *Psychother Psychosom*, 58: 97-102
- Moffic HS, Paykel ES (1975) Depression in medical in-patients. *Br J Psychiatry*, 126: 346-353
- Moser DK, Dracup K (1996) Is anxiety after MI associated with subsequent ischemic arrhythmic events? *Psychosom Med*, 58(5): 395-401
- Moser DK, Dracup K, Mckinley S, Yamasaki K, Kim CJ, Riegel B, et al (2003) An international perspective on gender differences in anxiety early after acute myocardial infarction. *Psychosom Med*, 65(4): 511-516

Mota Cardoso RMA (1984) *Enfarte do Miocárdio, factores de risco da pessoa em situação*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Medicina do Porto, Porto

Mumford E, Schlesinger HJ, Glass GV (1982) The effects of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature. *Am J Public Health*, 72: 141-151

Murphy E, Smith R, Lindesay J, Slattery J (1988) Increased mortality rates in late-life depression. *Br J Psychiatry*, 52: 347-353

Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB (1998) The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 580-592

Nair MG, Pillay SS (1997) Psychiatric disorders in a South African general hospital. Prevalence in medical, surgical and gynecological wards. *Gen Hosp Psychiatry*, 19(2): 144-148

Oakley-Browne MA, Joyce PR, Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR (1989) Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, Part II: six month and other period prevalences of specific psychiatric disorders. *Austr N Z J Psychiatry*, 23(3):327-40

O'Brien BJ, Banner NR, Gibson S, Yacoub MH (1988) The Nottingham Health Profile as a measure of quality of life following combined heart and lung transplantation. *J Epidemiol Community Health*, 42(3): 232-234

Oldenburg B, Perkins RJ, Andrews (1985) Controlled trial of psychological intervention in myocardial infarction. *J Consult Clin Psychol*, 53(6): 852-859

Oldridge N, Guyatt G, Jones N, Crowe J, Singer J, Feeny D, McKelvie R, Runins J, Streiner D, Torrance G (1991) Effects of quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*, 67(3): 1084-1089

Ormel J, VonKorff N, Üstun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T (1994) Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA*, 272(22): 1741-1748

Palha AP, Rente F, Monteiro AS e Geada JD (1977) Alguns aspectos psicológicos em doentes reumáticos. *O Médico*, 82: 411

Parsons HM (1974) What happened at Hawthorne? *Science*. 183: 922-932

Paulino M (1994) *Aspectos psico-sociais da doença de Crohn*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

Penninx BW, Guralnik JM, Mendes de Leon CF, Pahor M, Visser M, Corti MC, Wallace RB (1998) Cardiovascular events and mortality in newly and chronically depressed persons > 70 years of age. *Am J Cardiol*, 81(8): 988-94.

Penninx BWJH, Beekman ATF, Honig A, Deeg DJH, Schoevers RA, van Eijk JTM, van Tilburg W (2001) Depression and cardiac mortality. Results from a community-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*, 58: 221-227

Pincus HA, Rubinow DR (1985) Neuroscience research at the interface of psychiatry and medicine. In: *The Integration of Neuroscience and Psychiatry*, editado por HA Pincus e H Pardes, American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC, pp 78-94

Pozen MW, Stechmiller JA, Harris W, Smith S, Fried DD, Voigt GC (1977) A nurse rehabilitator's impact on patients with myocardial infarction. *Med Care*, 15(10): 830-837

Pratt LA, Ford DE, Crum RM, Armenian HK, Gallo JJ, Eaton WW (1996) Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction. Prospective data from the Baltimore ECA follow-up. *Circulation*, 94: 3123-129

Querido A (1959) An investigation into the clinical, social and mental factors determining the results of hospital treatment. *Br J Prev Soc Med*, 13: 33-49

Rahe RH, Tuffli CF, Suchor RJ, Arthur RJ (1973) Group therapy in the outpatient management of post-myocardial patients. *Psychiatry Med*, 4(1): 77-88

Rahe RH, Ward HW, Hayes V (1979) Brief group therapy in myocardial infarction rehabilitation: three- to four- year follow-up of a controlled trial. *Psychosom Med*, 41: 229-242

Rahe RH (1989) Anxiety and coronary heart disease in midlife. *J Clin Psychiatry*, 50: 36-39

Rees K, Bennett P, West R, Davey SG, Ebrahim S (2004) Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*, (2): CD002902

Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Kamo M, Locke BZ (1988) One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry*, 45(11): 977-986.

Roca RP, Klein LE, Kirby SM, McArthur JC, Vogelsang GB, Folstein MF, Smith CR (1984) Recognition of dementia among medical patients. *Arch Intern Med*, 144: 73-75

Rosa A, Cardoso G (1996) Psychiatric morbidity in a Gastroenterology Intensive Care Unit, Poster, First Anglo-Portuguese Consultation-Liaison Psychiatry Meeting, Lisboa

Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, Blackett KN, Sitthi-amorn C, Sato H, Yusuf S, The INTERHEART investigators (2004) Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (The INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364: 953-962

Rost K, Kashner TM, Smith GR (1994) Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients: improved outcome and reduced costs. *Gen Hosp Psychiatry*, 16: 381-387

Rovner BW, German PS, Brant LJ, Clark R, Burton L, Folstein MF (1991) Depression and mortality in nursing homes. *JAMA*, 265: 993-996

Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists (RCP and RC Psych) (1995a) *The psychological care of medical patients: recognition of need and service provision: report of a working party*. Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists, London

Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists (RCP and RC Psych) (1995b) *The psychological care of medical patients: a guide for purchasers: report of a working party*. Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists, London

Rozanski A, Bairey N, Krantz DS, Friedman J, Resser KJ, Morell M, Hilton-Schalffen S, Hestrin L, Bietendorf J, Berman DS (1988) Mental stress and the induction of silent myocardial ischaemia in patients with Coronary Artery Disease. *N Engl J Med*, 318: 1005-1012

Rugulies R (2002) Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and meta-analysis. *Am J Prev Med*, 23(1): 51-61

Rumsfeld JS, Magid DJ, Plomondon ME, Sales AE, Grunwald GK, Every NR, Spertus JA (2003) History of depression, angina, and quality of life after acute coronary syndromes. *Am Heart J*, 145(3): 493-499

Savoca E (1999) Psychiatric co-morbidity and hospital utilization in the general medical sector. *Psychol Med*, 29(2): 457-464

Saravay SM, Steinberg MD, Weinschel B, Pollack S, Aloviz N (1991) Psychological comorbidity and length of stay in the general hospital. *Am J Psychiatry*, 148: 324-329

Saravay SM, Lavin M (1994) Psychiatric comorbidity and LOS in the general hospital. A critical review of outcomes studies. *Psychosomatics*, 35(3): 233-252

Saravay SM (1996) Psychiatric interventions in the medically ill. Outcome and effectiveness research. *Psychiatric Clin North Am*, 19(3): 467-480

- Schleifer SJ, Macari-Hinson MM, Coyle DA, Slater WR, Kahn M, Gorlin R, Zucker HD (1989) The nature and course of depression following Myocardial Infarction. *Arch Intern Med*, 149: 1785-1789
- Schraeder G, Cheok F, Hordacre AL, Marker J, Wade V (2005) Effect of psychiatry liaison with general practitioners on depression severity in recently hospitalized cardiac patients: a randomised controlled study. *Med J Austr*, 182:272-276
- Scott AIF, Freeman CPL (1992) Edinburgh Primary Care Depression Study: treatment outcome, patient satisfaction, and cost after 16 weeks. *Br Med J*, 304: 883-887
- Sesso HD, Kawachi I, Vokonas PS, Sparrow D (1998) Depression and the risk of coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Am J Cardiol*, 82(7): 851-856.
- Shepherd M, Cooper M, Brown AC, Kalton G (1966) *Psychiatric illness in general practice*. Oxford University Press, Oxford/New York. (2a edição 1981)
- Sherbourne CD, Well KB, Meredith LS, Jackson CA, Camp P (1996) Comorbid anxiety disorder and the functioning and well-being of chronically ill patients of general medical providers. *Arch Gen Psychiatry*, 53(10): 889-895
- Sherbourne CD, Hays RD, Fleishman JA, Vitiello B, Magruder KM, Bing EG, McCaffrey D, Burnam A, Longshore D, Eggan F, Bozzette SA, Shapiro MF (2000) Impact of psychiatric conditions on health-related quality of life in persons with HIV infection. *Am J Psychiatry*, 157(2): 248-254
- Shiotani I, Sato H, Kinjo K, Nakatani D, Mizuno H, Ohnishi Y, et al (2002) Depressive symptoms predict 12-month prognosis in elderly patients with acute myocardial infarction. *J Cardiovasc Risk*, 9: 153-160
- Simon GE, Revicki D, Heiligenstein J, Grothaus L, VonKorff M, Katon WJ, Hylan TR (2000) Recovery from depression, work productivity, and health care costs among primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 22: 153-162
- Smith GR, Monson RA, Ray DC (1986) Psychiatric consultation in somatization disorder. *N Engl J Med*, 344: 1407-1413
- Smith GR, Rost K, Kashner TM (1995) A trial of the effect of a standardized consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiatry*, 52: 238-243
- Souto Lopes J, Gouveia Pereira O (1973) Psicossomática reavaliada. A propósito de um caso de colite ulcerosa. *Med Univ*, 11: 447

Stern MJ, Gorman PA, Kaslow L (1983) The group counseling v exercise therapy study. A controlled intervention with subjects following myocardial infarction. *Arch Intern Med*, 143(9): 1719-1725

Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogers, WH, Berry SD, McGlynn EA, Ware JE (1989) Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 262: 907-913

Strain JJ, Lyons JS, Hammer JS (1991) Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *Am J Psychiatry*, 148(8): 1044-1049

Strain JJ, Hammer JS, Fulop G (1994) APM task force report on psychosocial interventions in the general hospital inpatient setting: A review of cost-offset studies. *Psychosomatics*, 35: 253-262

Strik JMH, Lousberg R, Cheriex EC, Honig A (2004) One year cumulative incidence of depression following myocardial infarction and impact on cardiac outcome. *J Psychosom Res*, 56: 59-66

The ENRICHD Investigators Writing Committee (2003) Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction. The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomised Trial. *JAMA*, 289: 3106-3116

Thomas CJ (1983) Referrals to British liaison service. *Health Trends*, 15: 61-64

Thompson DR, Meddis R (1990) A prospective evaluation of in-hospital counselling for first-time myocardial infarction men. *J Psychosom Res*, 34: 237-248

Üstun TB, Cooper JE, van Duuren-Kristen S, Kennedy C, Hendershot G, Sartorius N (1995) Revision of the ICIDH: mental health aspects. WHO/MNH Disability Working Group. *Disabil Rehabil*, 17(3-4): 202-209

Vaz Serra A (1979) Aspectos psicológicos da dor. *Folia medicopsiquiatrica*, Publ. Ciba-Geigy

Van den Brink RHS, van Melle JP, Honig A, Schene AH, Crijns HJGM, Lambert FPG, Ormel J (2002) Treatment of depression after myocardial infarction and the effects on cardiac prognosis and quality of life: Rationale and outline of the Myocardial Infarction and Depression-Intervention Trial (MIND-T). *Am Heart J*, 144: 219-2225

Van der Mast RC, van den Broek WW, Fekkes D, Pepplinkhuisen L, Habbema JD (1999) Incidence of and preoperative predictors for delirium after cardiac surgery. *J Psychosom Res*, 46(5): 479-483

Van Elderen-van Kemenade T, Maes S, van den Broek Y (1994) Effects of a health education programme with telephone follow-up during cardiac rehabilitation. *Br J Clin Psychol*, 33(Pt3): 367-378

- Van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA, Tussen J, Ormel J, Veldhuisen D, van den Brink R, van den Berg M (2004) Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosom Med*, 66: 814-822
- Vehmas T (1997) Hawthorne effect: shortening of fluoroscopy times during radiation measurements studies. *Br J Radiology*, 70: 1053-1055
- Vermeulen A, Lie KI, Durrer D (1983) Effects of cardiac rehabilitation after myocardial infarction: Changes in coronary risk factors and long-term prognosis. *Am Heart J*, 105: 798-801
- Von Korff m, Ormel J, Katon WJ, Lin EH (1992) Disability and depression among high utilizers of health care: a longitudinal analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 49: 91-100
- Von Korff, Moore JE, Lorig K, Cherkin DC, Saunders K, González VM, Laurent D, Rutter C, Comite F (1998) A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine*, 23: 2608-2615
- Wassertheil-Smoller S, Applegate WB, Change CJ, Davis BR, Grimm R, Kotis J, Pressel S, Schron E (1996) Changes in depression as a precursor of cardiovascular events. *Arch Intern Med*, 156: 553-561
- Weissman MM, Myers JK (1978) Affective disorders in a US urban community: the use of research diagnostic criteria in an epidemiological survey. *Arch Gen Psychiatry*, 35(11): 1304-1311.
- Welin C, Lappas G, Wilhelmsen L (2000) Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. *J Intern Med*, 247(6): 629-639
- Wells KB, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Greenfield S, Ware JE (1989a) Detection of depressive disorder for patients receiving prepaid or fee-for-service care. *JAMA*, 262: 3298-3302
- Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield S, Ware J (1989b) The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 262(7):914-919
- Wiklund I, Herlitz J, Hjarmarson A (1989) Quality of life in postmyocardial infarction patients in relation to drug therapy. *Scan J Prim Health Care*, 7(1): 13-18
- Wise TN (1999) An overview of consultation liaison psychiatry: a proud past and challenging future. In: *Cuting edge of Medicine and Liaison Psychiatry*, editado por M Matsushita e I Fukunishi, New York, pp 3-12

Wise TN, Lobo A (2001) The European Association of Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics. *Psychosomatics*, 42 (3): 201-203

Wulsin LR, Singal BM (2003) Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosom Med*, 65: 201-210

Zatzick DF, Kang SM, Kim SY, Leigh P, Kravitz R, Drake C, Sue S, Wisner D (2000) Patients with recognized psychiatric disorders in trauma surgery: incidence, inpatient length of stay, and cost. *J Trauma*, 49: 487-495

Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS, Romarelli J, Richter DP, Bush DE (2000) Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Arch Intern Med*, 160(12):1818-1823.

Zigmond A, Snaith RP (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67: 361-370



APÊNDICES

AVALIAÇÃO INICIAL

IDENTIFICAÇÃO

Nome _____
 Data aplicação ____|____|____ Data internamento ____|____|____
 Idade _____ Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino
 Morada _____
 Telefone _____ Contacto _____

ESTADO

- ☐ Casado/a
☐ Solteiro/a
☐ Divorciado/separado/a
☐ Viúvo/a

NÍVEL EDUCACIONAL

- ☐ Curso superior
☐ Liceu
☐ Ensino básico
☐ Menos que ensino básico
☐ Analfabeto/a

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

- ☐ Activo/a
☐ De baixa
☐ Desempregado/a
☐ Reformado/a

COM QUEM VIVE

- ☐ Só
☐ Com cônjuge
☐ Com filhos
☐ Outro, especifique

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA

- Enfarte de Miocárdio
☐ 1.º ☐ Outro
 Classe de Killip
☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
 Angina Instável
☐ Sim ☐ Não

DIAGNÓSTICOS ADICIONAIS _____

Alguma vez na sua vida esteve doente dos “nervos”?

- ☐ Sim ☐ Não

Toma habitualmente medicamentos para os nervos (acalmar, dormir, outros)?

- ☐ Sim. Quais? _____
☐ Não

Pontuações

MMSE _____ HADS Ans. _____ Depr. _____ SPQ _____

CASO

- ☐ Negativo
☐ Positivo
☐ Intervenção ☐ Controlo

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

IDENTIFICAÇÃO

Nome _____

Data ____/____/____

Os médicos têm a ideia de que as emoções desempenham um papel importante na maioria das doenças. Se o seu médico conhecer o seu estado de espírito poderá ajudá-lo melhor.

Este questionário foi feito para ajudar o seu médico a saber como o/a senhor/a se sente.

Leia cada frase e coloque **uma cruz** na resposta que mais se aproxima de **como se tem sentido durante a última semana**.

Não demore muito tempo em cada resposta. A sua reacção imediata a cada pergunta será provavelmente a melhor.

Sinto-me tenso/a ou contraído/a

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Muitas vezes
- ☐ De vez em quando, ocasionalmente
- ☐ Nunca

Ainda tenho prazer nas mesmas coisas que anteriormente

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto
- ☐ Só um pouco
- ☐ Quase nada

Tenho uma sensação de medo, como se algo de mau estivesse para acontecer

- ☐ Nitidamente e muito forte
- ☐ Sim, mas não muito forte
- ☐ Um pouco, mas não me incomoda
- ☐ De modo algum

Sou capaz de rir e de me divertir com as coisas engraçadas

- ☐ Tanto como habitualmente
- ☐ Menos que habitualmente
- ☐ Nitidamente menos agora
- ☐ Nunca

Tenho a cabeça cheia de preocupações

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Muitas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Raramente

Sinto-me bem disposto/a

- ☐ Nunca
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Bastantes vezes
- ☐ Quase sempre

Sou capaz de me sentar à vontade e sentir-me relaxado/a

- ☐ Sempre
- ☐ Habitualmente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Nunca

Sinto-me parado/a

- ☐ Quase sempre
- ☐ Com alguma frequência
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Nunca

Fico tão assustado/a que até sinto um aperto no estômago

- ☐ Nunca
- ☐ De vez em quando
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre

Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto

- ☐ Decididamente
- ☐ Não tenho tanto cuidado como devia
- ☐ Talvez não tanto como dantes
- ☐ Tanto como habitualmente

Sinto-me impaciente e não consigo estar parado/a

- ☐ Muito
- ☐ Bastante
- ☐ Um pouco
- ☐ Nada

Penso com prazer no que tenho que fazer

- ☐ Tanto como habitualmente
- ☐ Menos que anteriormente
- ☐ Bastante menos que anteriormente
- ☐ Quase nunca

De repente tenho sensação de pânico

- ☐ Com grande frequência
- ☐ Bastantes vezes
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Nunca

Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou TV

- ☐ Frequentemente
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Muito raramente

Agradecemos a sua colaboração.

NOTTINGHAM HEALTH PROFILE

IDENTIFICAÇÃO

Nome _____

Data ____|____|____

1.ª PARTE

Alguns dos problemas que cada pessoa pode ter no seu dia-a-dia vêm listados a seguir. Leia com atenção essa lista e para cada frase ponha **uma cruz** no quadrado respectivo que diz **sim** se tiver esse problema.

Ponha **uma cruz** no quadrado que diz **não** se não tiver esse problema.

Por favor responda a todas as perguntas.

Se não tiver a certeza da resposta, ponha uma cruz na resposta que lhe pareça **mais aproximada**.

	SIM	NÃO
Estou sempre cansado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dores durante a noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As coisas deprimem-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dores insuportáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo comprimidos para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Já me esqueci como é divertir-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me no limite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É doloroso mudar de posição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me só	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Só consigo andar dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É difícil conseguir dobrar-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tudo constitui um esforço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acordo de madrugada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nao consigo andar nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acho difícil contactar outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os dias parecem arrastar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dificuldade em subir e descer escadas ou degraus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É-me difícil alcançar os objectos de que necessito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dores quando ando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultimamente perco a paciência com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que não há ninguém de quem esteja próximo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico acordado/a quase toda a noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me como se estivesse a perder o controlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dores quando estou em pé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dificuldade em vestir-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perco rapidamente a energia que tenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É-me difícil manter-me de pé um bocado (p. ex., na cozinha, na paragem do autocarro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SIM	NÃO
Estou permanentemente com dores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levo muito tempo a adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que sou um peso para os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As preocupações mantêm-me acordado/a de noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penso que viver não vale a pena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durmo mal de noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dificuldade em dar-me com pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preciso de ajuda para andar na rua (p. ex., de uma bengala ou de alguém em quem me apoiar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dores quando subo ou desço escadas ou degraus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acordo já deprimido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dores quando estou sentado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.ª PARTE

Agora gostaríamos que pensasse nas actividades que desenvolve na sua vida e que podem estar afectadas por problemas de saúde.

Na lista a seguir marque **sim** em cada actividade que esteja afectada pelo seu estado de saúde.

Marque **não** em cada actividade que **não** esteja afectada ou que **não se aplique ao seu caso**.

O seu estado actual de saúde está a causar-lhe problemas com....

	SIM	NÃO
Emprego (actividade remunerada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar conta da casa (p. ex. limpar, cozinhar, fazer reparações, fazer recados fora de casa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vida social (p. ex. sair, estar com amigos, ir ao café)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vida familiar (relações com os outros membros da família)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vida sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interesses e passatempos (p. ex. desporto, arte, artesanato, actividades manuais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Férias (férias de verão ou de inverno, fins de semana fora)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agradecemos a sua colaboração

SOCIAL PROBLEMS QUESTIONNAIRE

Por favor sublinhe a resposta mais apropriada em cada caso

A. CASA				
1. A sua casa tem condições adequadas para as suas necessidades e as da sua família?	Adequadas	Ligeiramente desadequadas	Moderadamente desadequadas	Fortemente desadequadas
2. Em que medida está satisfeito/a com a sua casa?	Satisfeito/a	Ligeiramente insatisfeito/a	Moderadamente insatisfeito/a	Fortemente insatisfeito/a
B. TRABALHO				
3. Em que medida está satisfeito com o seu presente emprego?	Satisfeito/a	Ligeiramente insatisfeito/a	Moderadamente insatisfeito/a	Fortemente insatisfeito/a
4. Tem problemas com alguma pessoa no seu emprego?	Sem problemas	Problemas ligeiros	Problemas moderados	Problemas graves
C. FINANÇAS				
5. O dinheiro que ganha é adequado para as suas necessidades e as da sua família?	Adequado	Ligeiramente desadequado	Moderadamente desadequado	Fortemente desadequado
6. Tem dificuldade em pagar contas ou outros compromissos financeiros?	Sem dificuldade	Dificuldade ligeira	Dificuldade moderada	Dificuldade marcada
7. Em que medida está satisfeito/a com a sua situação financeira?	Satisfeito/a	Ligeiramente insatisfeito/a	Moderadamente insatisfeito/a	Fortemente insatisfeito/a
D. CONTACTOS SOCIAIS / LAZER				
8. Em que medida está satisfeito/a com o tempo que tem para sair?	Satisfeito/a	Ligeiramente insatisfeito/a	Moderadamente insatisfeito/a	Fortemente insatisfeito/a
9. Tem problemas com os seus vizinhos?	Sem problemas	Problemas ligeiros	Problemas moderados	Problemas graves
10. Tem problemas com algum dos seus amigos?	Sem problemas	Problemas ligeiros	Problemas moderados	Problemas graves
11. Em que medida está satisfeito/a com o tempo que tem disponível para os amigos?	Satisfeito/a	Ligeiramente insatisfeito/a	Moderadamente insatisfeito/a	Fortemente insatisfeito/a

E. FAMÍLIA EXTENSA				
12. Tem problemas com algum parente próximo (pais, irmãos, cunhados, outros)?	Sem problemas	Problemas ligeiros	Problemas moderados	Problemas graves
13. Em que medida está satisfeito/a com o tempo que tem disponível para a sua família?	Satisfeito/a	Ligeiramente insatisfeito/a	Moderadamente insatisfeito/a	Fortemente insatisfeito/a
F. VIDA CONJUGAL				
14. Qual é o seu estado civil?	Solteiro/a	Casado/junto/a	Viúvo/a	Separado/a divorciado/a
Para todos os casados ou que têm uma relação estável	Marque este quadrado se não se aplicar			<input type="checkbox"/>
15. Tem dificuldade em fazer confidências ao seu/sua companheiro/a?	Sem dificuldade	Dificuldade ligeira	Dificuldade moderada	Dificuldade marcada
16. Tem problemas sexuais na sua relação?	Sem problemas	Problemas ligeiros	Problemas moderados	Problemas graves
17. Tem outros problemas na sua vida conjugal?	Sem problemas	Problemas ligeiros	Problemas moderados	Problemas graves
18. Em geral sente-se satisfeito/a com a relação que mantém?	Satisfeito/a	Ligeiramente insatisfeito/a	Moderadamente insatisfeito/a	Fortemente insatisfeito/a
19. Esteve recentemente tão insatisfeito/a que pôs a hipótese de separação?	Não	Algumas vezes	Frequentemente	Sim, planeei recentemente separar-me
Para todos os não casados ou que não têm uma relação estável	Marque este quadrado se não se aplicar			<input type="checkbox"/>
20. Em que medida está satisfeito/a com a sua relação?	Satisfeito/a	Ligeiramente insatisfeito/a	Moderadamente insatisfeito/a	Fortemente insatisfeito/a
G. VIDA DOMÉSTICA (PARENTAL)				
Para os que têm filhos menores de 18 anos	Marque este quadrado se não se aplicar			<input type="checkbox"/>
21. Tem alguma dificuldade em se relacionar com os seus filhos?	Sem dificuldade	Dificuldade ligeira	Dificuldade moderada	Dificuldade marcada
22. Em que medida se sente satisfeito com a relação com os seus filhos?	Satisfeito/a	Ligeiramente insatisfeito/a	Moderadamente insatisfeito/a	Fortemente insatisfeito/a

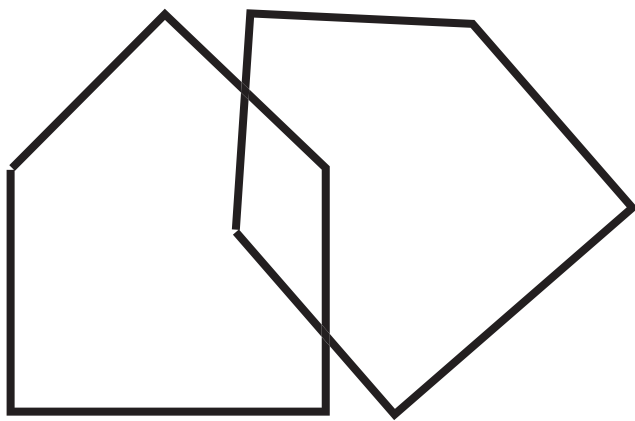
Agradecemos a sua colaboração

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Nome _____ Data ____/____/____ Examinador _____

Pontuação máxima	Pontuação parcial	
		Orientação
5		Em que (ano), (estação), (mês), (dia do mês), (dia da semana) estamos? Dar 1 ponto por cada resposta correcta.
5		Em que (continente), (país), (cidade), (hospital), (serviço) estamos? Dar 1 ponto por cada resposta correcta.
		Fixação
3		Pedir ao doente para repetir 3 palavras depois de as ter dito, avisando que será necessário recordá-las mais tarde: PERA, GATO, BOLA. Dar 1 ponto por cada resposta correcta.
		Atenção e cálculo
5		Diminuir 7 sucessivamente a partir de 100. Dar 1 ponto por cada resposta correcta até 5 – 93, 86, 79, 72, 65 (se fizer um erro na subtracção, mas continuar a subtrair correctamente, contar 1 erro apenas). Em alternativa soletrar a palavra “mundo” de trás para a frente.
		Evocação
3		Pedir para nomear as 3 palavras já repetidas. Dar 1 ponto por cada resposta correcta.
		Linguagem
9		Mostrar um lápis e depois um relógio e pedir para nomear (1 ponto cada)
		Pedir para repetir a seguinte frase: “Nem mas nem meio mas” (1 ponto)
		Executar uma ordem com 3 fases: “Pegar num papel com a mão direita, dobrá-lo ao meio e pô-lo no chão” (1 ponto cada fase)
		Mostrar um papel onde está escrito: FECHAR OS OLHOS e pedir para executar a ordem (1 ponto)
		Escrever uma frase que deve ter sujeito, verbo e ter sentido (os erros gramaticais não contam) (1 ponto)
		Mostrar um desenho que consta de dois pentágonos que se intersectam. Copiar o desenho (1 ponto se os 10 ângulos estão presentes e 2 deles intersectados)
Pontuação total obtida		

FECHE OS OLHOS



DESIGN :: INÊS DO CARMO
inesdocarmo@sapo.pt